Nr. 12. 24. marca 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Stanisław LIEBHART, Asystent Kliniki. Lwów.

Wpływ hormonów płciowych na ciśnienie krwi.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Dokończenie.

II.

Hormon ciałka żółtego.

Badania wpływu hormonu ciałka żółtego na ciśnienie krwi przeprowadziliśmy na materjale, obejmującym 92 kobiet w różnym wieku i w różnych fazach cyklu miesiączkowego. Do badań tych używaliśmy cechowanych preparatów w jednostkach króliczych pod nazwą *Progestin Organon i Luteogan Henning*. Obydwa preparaty zawierają w jednej ampułce po 1 jednostce króliczej. Ze względu na to, że hormon ciałka żółtego jest zawiesiną oleistą, stosowaliśmy go w zastrzykach domięśniowych, poczem badaliśmy ciśnienie krwi w przeciągu dwóch do trzech godzin systematycznie co 20 min. Kontrolne pomiary ciśnienia wykonywaliśmy następnie po 12, 24 godzinach, a nawet po kilku dniach. Badaliśmy również szereg przypadków po doustnem podaniu ciałka żółtego przez dłuższy lub krótszy okres czasu. Wszystkich środków ostrożności, jakich przestrzegaliśmy z okazji naszych doświadczeń nad wpływem folikulmy na ciśnienie krwi, trzymaliśmy się także w tej grupie badań. Ponadto kontrolowa-

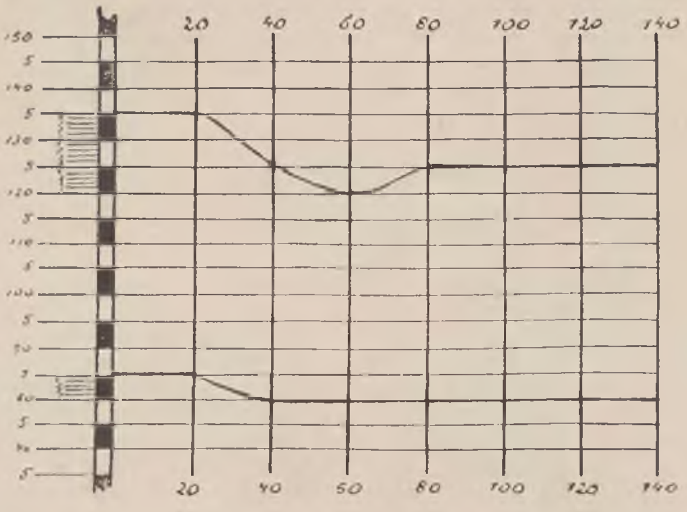


Fig. 6. Krzywe ciśnienia krwi maksymalnego i minimalnego po podaniu domięśniowem 1 jedn. króliczej hormonu ciałka żółtego (progrestin).

liśmy ciśnienie krwi po domięśniowem zastrzyku wyjałowionej oliwy dla celów porównawczych. Zastrzyki te nie wykazywały większego wpływu na ciśnienie krwi u kobiet, u których je stosowano.

W większości przypadków było działanie hormonu ciałka żółtego nieznacznie hipotensyjne. Obniżenie ciśnienia krwi występowało niezawsze typowo, jednakże przeważnie dopiero w pół do 1-dnej godziny po zastrzyku, a wracało do normy w bardzo różnych okresach czasu, od dwóch nawet do 24 godzin. Około 30% przypadków nie wykazywało żadnego wpływu ciałka żółtego na ciśnienie krwi, w siedmiu przypadkach obserwowaliśmy nawet nieznaczne podwyższenie ciśnienia. Dla objaśnienia podajemy poniżej kilka najbardziej charakterystycznych zestawień naszych pomiarów ciśnienia krwi po zastosowaniu ciałka żółtego, jakoteż graficzny obraz odpowiednich krzywych.

Przypadek I. S. L.	ciśnienie zasadnicze	150 max.	90 min.
	po 20 min.	150 „	90 „
	po 40 „	140 „	85 „
	po 60 „	140 „	85 „
	po 80 „	135 „	80 „
	po 100 „	135 „	80 „
	po 120 „	135 „	80 „
Przypadek V. T. S.	ciśnienie zasadnicze	135 max.	85 min.
	po 20 min.	135 „	85 „
	po 40 „	125 „	80 „
	po 60 „	120 „	80 „
	po 80 „	125 „	80 „
	po 100 „	125 „	80 „
	po 120 „	125 „	80 „
	po 140 „	125 „	80 „
Przypadek IX.	ciśnienie zasadnicze	105 max.	70 min.
	po 20 min.	105 „	70 „
	po 30 „	100 „	70 „
	po 40 „	100 „	70 „
	po 60 „	95 „	65 „
	po 80 „	100 „	70 „
	po 100 „	100 „	70 „
	po 120 „	110 „	70 „
Przypadek XV.	ciśnienie zasadnicze	125 max.	65 min.
	po 30 min.	125 „	65 „
	po 40 „	125 „	65 „
	po 60 „	125 „	65 „
	po 70 „	120 „	65 „
	po 80 „	120 „	65 „
	po 100 „	120 „	65 „
	po 120 „	125 „	65 „
Przypadek XXII. S. H. lat 23.	ciśnienie zasadnicze	110 max.	85 min.
	po 20 min.	105 „	85 „
	po 40 „	105 „	85 „
	po 60 „	105 „	85 „
	po 80 „	100 „	80 „
	po 100 „	100 „	80 „
	po 140 „	100 „	80 „
	po 6 godz.	100 „	80 „
	po 24 „	100 „	80 „
Przypadek LI. S. T. lat 19	ciśnienie zasadnicze	100 max.	65 min.
	po 20 min.	100 „	65 „
	po 40 „	100 „	65 „
	po 60 „	90 „	60 „
	po 80 „	95 „	65 „
	po 100 „	95 „	65 „
	po 120 „	95 „	65 „
	po 12 godz.		
Przypadek LV. A. R. lat 11	ciśnienie zasadnicze	110 max.	60 min.
	po 20 min.	110 „	60 „
	po 40 „	110 „	60 „
	po 60 „	110 „	60 „
	po 80 „	110 „	60 „
	po 100 „	110 „	60 „
	po 120 „	110 „	60 „
Przypadek LXXII. W. P. lat 36	ciśnienie zasadnicze	105 max.	75 min.
	po 20 min.	105 „	75 „
	po 40 „	120 „	80 „
	po 60 „	120 „	80 „
	po 80 „	110 „	85 „
	po 90 „	105 „	75 „

Przypadek LXXVI. P. M. 41 lat

ciśnienie zasadnicze	155 max.	85 min.	
po 20 min.	155	„ 85	„
po 30 „	150	„ 85	„
po 60 „	155	„ 85	„
po 80 „	155	„ 85	„
po 100 „	155	„ 85	„

Przypadek LXXXIV. W. Z. lat 29

ciśnienie zasadnicze	115 max.	75 min.	
po 20 min.	115	„ 75	„
po 40 „	115	„ 75	„
po 60 „	105	„ 75	„
po 80 „	105	„ 75	„
po 100 „	105	„ 75	„
po 120 „	105	„ 75	„
po 12 godz.	115	„ 75	„

Przypadek LXXXVI. O. K. lat 17

ciśnienie zasadnicze	120 max.	90 min.	
po 20 min.	120	„ 90	„
po 40 „	110	„ 85	„
po 60 „	110	„ 85	„
po 80 „	110	„ 85	„
po 100 „	110	„ 85	„
po 115 „	105	„ 85	„
po 24 godz.	115	„ 90	„
po 3 dniach	125	„ 90	„

Oceniając wszystkie nasze przypadki z punktu widzenia czasu stosowania zastrzyków, nie możemy stwierdzić jakiegokolwiek większego związku między działaniem wyciągów ciałka żółtego na ciśnienie krwi, a czasem stosowania w związku z cyklem miesiączkowym. Tak samo małe znaczenie ma wiek chorej, z tem zastrzeżeniem, że u dziewczynek przed pokwitaniem wpływ ciałka żółtego jest w znacznie mniejszym stopniu hipotensyjny. Natomiast wykresy krzywych obniżania się ciśnienia krwi wykazują wyraźniejsze obniżanie się ciśnienia maksymalnego, aniżeli minimalnego.

Doświadczenia nasze nad wpływem ciałka żółtego ciążowego *(corpus luteum graviditatis)* dały zupełnie odmienny obraz, niż doświadczenia poprzednio opisane, albowiem prawie we wszystkich przypadkach otrzymaliśmy w tej grupie wyraźne hipotensyjne działanie ciałka żółtego ciążowego, przypominające swoją krzywą podobne działanie folikuliny. Doświadczenia te zostały w całej rozciągłości potwierdzone przez S a g a r r ę, który z tego tytułu nazywa ciałko żółte ciążowe znacznie bardziej aktywnem od ciałka żółtego miesiączkowego.

Przypadek III. M. N. lat 28

ciśnienie zasadnicze	140 max.	95 min.	
po 20 min.	135	„ 95	„
po 40 „	115	„ 85	„
po 60 „	120	„ 85	„
po 80 „	120	„ 85	„
po 100 „	120	„ 85	„
po 120 „	120	„ 85	„
po 140 „	120	„ 85	„

Przypadek XVII. S. T. lat 31

ciśnienie zasadnicze	140 max.	90 min.	
po 15 min.	135	„ 95	„
po 30 „	115	„ 85	„
po 70 „	120	„ 85	„
po 105 „	120	„ 85	„
po 140 „	120	„ 85	„

Zastanawiając się nad mechanizmem hipotensyjnego działania hormonu ciałka żółtego, musimy cofnąć się do zagadnienia, jakiemu układowi nerwowemu przypisać należy działanie hormonu ciałka żółtego, t. j. lutiny. K r a u l zajmował się specjalnie działaniem i wpływem układu nerwowego wegetatywnego na inkrety jajnika i w tym celu obserwował działanie poszczególnych jadów wegetatywnych na folikulinę i lutinę. Okazało się, że pilokarpina, a więc jad drażniący układ błędny, pobudza wydzielanie folikuliny, a hamuje wydzielanie lutiny, odwrotnie zaś jad sympatykotoniczny, jak adrenalina, pobudza wydzielanie lutiny, a wstrzymuje produkcję folikuliny. Z powyższych doświadczeń wynika jasno, że układ współczulny wywiera wpływ podniecający na lutinę, a układ błędny na folikulinę.

Wyżej przytoczone badania stwierdziły, że folikulina obniża ciśnienie tętnicze u kobiet w okresie dojrzałości płciowej. Doświadczenia, przeprowadzone w Klinice Lwowskiej nad wpływem folikuliny na poziom cukru we krwi, wykazały obniżenie się cukru po podaniu tego hormonu (doświadczenia nieogłoszone). Wpływ jej na przemianę spoczynkową jest nieznaczny i bez większego znaczenia. Niemniej jednak na podstawie stwierdzenia tych dwóch spraw wyraźnie asymilujących i nieznalezienia żadnych spraw dysymilacyjnych, jesteśmy skłonni zaliczyć folikulinę do hormonów raczej błędnozwrotnych, w odróżnieniu od lutiny, zaliczonej do hormonów sympatykozwrotnych.

Jeżeli hipotensyjne działanie folikuliny — w świetle powyższych doświadczeń — staje się łatwo zrozumiałe, to odwrotnie fakt obniżania się ciśnienia krwi po zadziałaniu ciałka żółtego na podstawie tych doświadczeń nie da się wyjaśnić, a cowięcej jest nawet w pewnej z niemi sprzeczności. Ciałko żółte bowiem, jako hormon sympatykozwrotny, winno raczej podnosić ciśnienie krwi, aniżeli je obniżać.

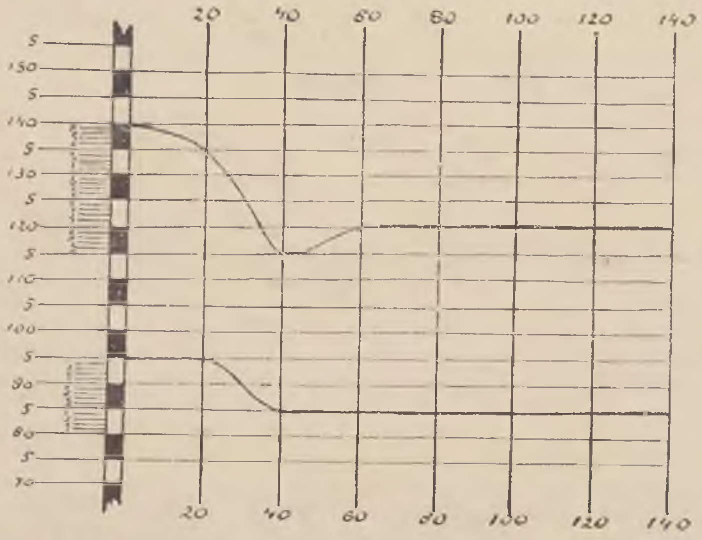


Fig. 7. Krzywe ciśnienia krwi maksymalnego i minimalnego wyciągu ciałka żółtego ciążowego.

Na wstępie rozważań nad mechanizmem hipotensyjnego działania ciałka żółtego należy sobie uprzytomnić, że hormon ciałka żółtego nie jest hormonem biologicznie wyosobnionym ani też, że nie udało się go uzyskać w postaci krystalicznej, jest raczej tylko wyciągiem samego gruczołu. Z tego wynikałoby, że hormon ciałka żółtego nie jest wolny od szeregu zanieczyszczeń i nieswoistych ciał chemicznych. Przedewszystkiem chodzi tu o najrozmaitsze związki białkowe, które, jak wiadomo, nie są bez wpływu na ciśnienie krwi, a wreszcie o obecność samej folikuliny, która się znajduje w ciałku żółtem przedmiesiączkowem, rzadziej w miesiączkowem a prawie zawsze w ciałku ciążowem.

Celem stwierdzenia obecności folikuliny w preparatach ciałka żółtego, używanych przez nas w doświadczeniach, wstrzykiwaliśmy myszkom trzebionym ciałko żółte w dawkach pojedynczych i rozłożonych. Dawki te wahały się w granicach między 1—10 jednostek króliczych, przyczem do doświadczeń tych użyto ogółem *22* białych myszek trzebionych. U siedmiu myszek można było stwierdzić wystąpienie typowych objawów rui, coby wskazywało na to, że w preparacie badanym znajduje się niewątpliwie hormon pęcherzykowy, który te zmiany w narządzie rodnym myszki wywołuje i to nawet w większej ilości. Podkreślić należy, że objawy rui występowały tylko po podaniu wielkich dawek ciałka żółtego, przeciętnie w ilości około 10 jednostek króliczych i to w dawkach rozłożonych, stosowanych przez 4—5 dni *2—3* razy dziennie, 5 myszek padło już po pierwszych zastrzykach, ponieważ myszki białe specjalnie źle oddziałują na roztwory oleiste, podawane im w postaci zastrzyków.

Jeżeli przypomnimy poprzednio przytoczone doświadczenia z ciałkiem żółtem ciążowem, wykazujące jego działanie hipotensyjne, zbliżone do działania folikuliny, a równocześnie uświadomimy sobie, że właśnie ciałko żółte ciążowe zawiera prawie zawsze nawet dość znaczną ilość folikuliny, to musimy powiązać z sobą logicznie te dwa fakty i szukać przyczyny hipotensyjnego działania ciałka żółtego w obecności hormonu pęcherzykowego.

Osobną grupę tworzyły chore, u których podawaliśmy w celach leczniczych preparaty ciałka żółtego *per os* a następnie kontrolowaliśmy u nich zachowanie się ciśnienia krwi w kilkugodzinnych odstępach czasu, kilku i kilkunastodniowych. W żadnym z powyższych przypadków nie stwierdziliśmy jakichkolwiek ważniejszych zmian w zachowaniu się ciśnienia krwi, co

znowu zgadza się z analogicznym faktem obserwowanym po podawaniu doustnem folikuliny a w poprzednim ustępie opisanym.

W n i o s k i.

1. Preparaty wyciągowe ciałka żółtego miesiączkowego wykazują w pewnym odsetku przypadków (około 70%) nieznaczne hipotensyjne działanie.

2. Wyciągi ciałka żółtego ciążowego dają wyraźne obniżenie ciśnienia krwi, zbliżone w obrazie do obniżeń po folikulinie.

3. Hipotensyjne działanie wyciągów ciałka żółtego nie ma charakteru swoistego, jest raczej wynikiem działania związków i zanieczyszczeń, jak obecność ciał białkowych i folikuliny.

III.

Hormony przedniego płatu przysadki mózgowej.

Określenie własności biologicznych i chemicznych drugiej pary hormonów płciowych, t. j. hormonów przedniego płatu przysadki czyli prolanów, napotyka jeszcze ciągle na wielkie trudności. Przedewszystkiem istnienie oddzielne prolanu A, t. j. hormonu dojrzewania pęcherzyków, i prolanu B, który ma być hormonem luteinizacji, jest jeszcze ciągle hipotetyczne, ponieważ nie udało się dotychczas oddzielnie ich wyosobnić. W i e s n e r o w i nie udało się nawet przy zastosowaniu różniczkowej ultrafiltracji wyodrębnić dwu postaci prolanów, co albo przemawia przeciwko istnieniu jego dwóch postaci, albo też nasuwa przypuszczenie, że ciężar cząsteczkowy tych dwóch hipotetycznych hormonów jest prawie jednakowy. Prolany, któremi obecnie rozporządzamy, są otrzymywane z moczu kobiet ciężarnych. Ostatnie, zresztą bardzo liczne doświadczenia, przemawiają za tem, że istnieje pewna zasadnicza różnica między wyciągami z moczu, inaczej hormonem gonadotropowym, a właściwemi inkretami przedniego płatu przysadki. Zwłaszcza doświadczenia wielokrotnie kontrolowane a wykazujące, że hormon gonadotropowy działa tylko w obecności przysadki mózgowej, a więc przez przysadkę, dowodzą niezbicie, że obu tych wyciągów nie można z sobą utożsamiać. Zachodzi bowiem możliwość, że wyciągi z moczu są produkowane zastępczo przez łożysko, które, jak wiadomo, obejmuje również zastępcze wydzielanie folikuliny w ciąży. Możliwem jest również, że hormon gonadotropowy, wyodrębniony z moczu, nie jest właściwym inkretem jakiegoś gruczołu, tylko wytworem rozpadu hormonu właściwego, który przeszedł przez procesy ustroju i został tam odpowiednio rozłożony i zużytkowany.

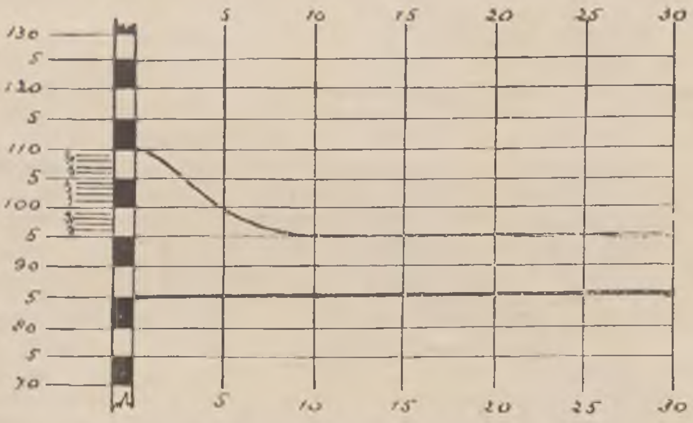


Fig. 8. Krzywe ciśnienia krwi maksymalnego i minimalnego po dożylnem zastosowaniu hormonu gonadotropowego.

Do naszych badań nad wpływem hormonów płciowych przysadki na ciśnienie krwi używaliśmy wyciągów z moczu kobiet ciężarnych, a więc t. zw. hormonu gonadotropowego w postaci preparatu *Pregnyl Organon* i *Glandnantine F. Richter*, nadto wyciągów przedniego płatu przysadki, sporządzonych z samych gruczołów. Badania te, z hormonem gonadotropowym, wykonywaliśmy w dwu serjach, t. j. pod postacią zastrzyków dożylnych i domięśniowych. W pierwszej grupie obserwowaliśmy w każdym przypadku gwałtowne objawy wstrząsu z znacznem przyspieszeniem tętna, przejściowem, nawet z pozbawieniem przytomności i znacznem podwyższeniem ciepłoty. Należy to przypisać złemu odbiałczeniu preparatu, lub obecności w nim trikrezolu, dodanego dla wyjałowienia wyciągu, lub wreszcie innym zanieczyszczeniom przyrody toksycznej. W tym też czasie można było stwierdzić dość nagłe opadnięcie ciśnienia krwi, nieutrzymujące się jednak długo, bo najwyżej do pół godziny, i wracające do normy równocześnie z ustąpieniem objawów wstrząsu.

Przypadek II. T. W., lat 21, prolan dożylnie.

ciśnienie zasadnicze 110 max. 85 min.
po 5 „ 110 „ 85 „
po 10 „ 100 „ 85 „
po 15 „ 95 „ 85 „
po 20 „ 95 „ 85 „
po 25 „ 95 „ 85 „
po 30 „ 95 „ 85 „
po 3 godz. powrót do normy.

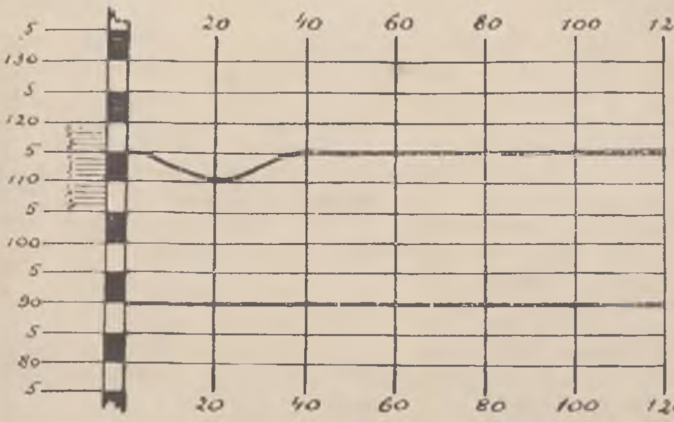


Fig. 9. Krzywe ciśnienia po domięśniowem podaniu hormonu gonadotropowego.

Ponieważ uważaliśmy, że wstrząs po zastrzyku dożylnym nie jest bez wpływu na obraz ciśnienia krwi, przeto przystąpiliśmy do zastrzyków domięśniowych. Zastrzyków takich wykonaliśmy 24. Podawaliśmy każdorazowo 100 jednostek szczurzych domięśniowo i badaliśmy ciśnienie krwi co 20 minut przez czas 2 godzin, zupełnie analogicznie do badań po podaniu ciałka żółtego. Kontrolę pomiarów przeprowadzaliśmy w kilkanaście godzin oraz w kilka dni.

Przypadek VI. M. R., lat 19, prolan domięśniowo.

ciśnienie zasadnicze 115 max. 90 min.
po 20 min. 110 „ 90 „
po 40 „ 115 „ 90 „
po 60 „ 115 „ 90 „
po 80 „ 115 „ 90 „
po 100 „ 115 „ 90 „
po 120 „ 115 „ 90 „

Przypadek X. O. S., lat 23, prolan domięśniowo.

ciśnienie zasadnicze 110 max. 85 min.
po 5 min. 110 „ 85 „
po 10 „ 100 „ 85 „
po 15 „ 95 „ 85 „
po 20 „ 95 „ 85 „
po 25 „ 95 „ 85 „
po 30 „ 95 „ 85 „
po 6 godz. powrót do normy.

Przypadek XIII. T. R., lat 27, prolan domięśniowo.

ciśnienie zasadnicze 165 max. 95 min.
po 20 min. 165 „ 95 „
po 30 „ 150 „ 90 „
po 60 „ 165 „ 90 „
po 90 „ 165 „ 90 „
po 120 „ 165 „ 90 „

Przypadek XVI. A. W., lat 20, prolan domięśniowo.

ciśnienie zasadnicze 90 max. 75 min.
po 20 min. 100 „ 80 „
po 45 „ 105 „ 85 „
po 75 „ 105 „ 85 „
po 2 i pół godz. powrót do normy.

Przypadek XXI. S. M., lat 46, prolan domięśniowo.

ciśnienie zasadnicze 125 max. 100 min.
po 20 min. 125 „ 100 „
po 30 „ 115 „ 95 „
po 60 „ 115 „ 95 „
po 90 „ 115 „ 95 „
po 120 „ 115 „ 95 „

Przypadek XXXIII. D. G., lat 17, prolan domięśniowo.

ciśnienie zasadnicze	115 max.	90 min.
po 15 min.	110 „	90 „
po 35 „	115 „	90 „
po 70 „	115 „	90 „
po 100 „	115 „	90 „

Przypadek XXXIV. F. P., lat 24, prolan domięśniowo.

ciśnienie zasadnicze	110 max.	65 min.
po 25 min.	110 „	65 „
po 40 „	110 „	65 „
po 60 „	105 „	65 „
po 120 „	105 „	65 „

Mniejwięcej w 80% wszystkich przypadków pojawiało się nieznaczne obniżenie ciśnienia krwi, wahające się od 5 do najwyżej 15 mm. Obniżenie to obserwowaliśmy prawie zawsze między 15 a 30 minutą po zastrzyku, poczem albo wracało ono do pierwotnej wysokości, albo też utrzymywało się na tym samym poziomie przez czas dłuższy, najwyżej jednak do 2 godzin. W mniejwięcej 25% przypadków pozostawał hormon gonadotropowy bez żadnego wpływu, a w trzech przypadkach obserwowaliśmy nawet nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi.

Druga grupa doświadczeń obejmowała 15 przypadków kobiet, którym podawaliśmy w zastrzykach dożylnych i domięśniowych wyciągi gruczołowe przedniego płatu przysadki. Tak pierwsze, jak i drugie, pozostawały bez wpływu na obraz ciśnienia krwi, powodując tylko nieznaczne i zupełnie nietypowe już to podwyższenia, już to obniżenia ciśnienia krwi.

Pozostawałaby do omówienia sprawa wpływu hormonu przedniego płatu przysadki drogą pośrednią przez jajnik. Należałoby się bowiem spodziewać, że hormon przedniego płatu przysadki, wpływając stymulacyjnie na jajniki i pobudzając je do żywszej czynności, będzie mógł tą drogą okrężną mieć wpływ na obniżenie ciśnienia. Badania te jednak są technicznie bardzo trudne do przeprowadzenia a ze względu na dowolność wyjaśnienia i niemożność śledzenia zawiłych procesów wewnątrz ustroju, musiałyby budzić liczne zastrzeżenia, zwłaszcza że jest to hormon gonadotropowy. Z tych względów poprzestaliśmy na badaniu doraźnego wpływu hormonu przedniego płatu przysadki na ciśnienie krwi.

Jeżeli chodzi o doraźne działanie hormonu gonadotropowego na ciśnienie krwi, to jest ono istotnie w większości przypadków nieznacznie hipotensyjne. Nie jesteśmy jednak w stanie określić mechanizmu ani też charakteru hipotensyjnego działania tego hormonu z uwagi na wszystkie wyżej przytoczone zastrzeżenia, a przedewszystkiem ze względu na to, że hormon ten w tej postaci, w jakiej go otrzymujemy, nie jest wolny od wielu zanieczyszczeń i składników nieswoistych. Z tych względów uważamy raczej hipotensyjne działanie hormonu gonadotropowego za nieswoiste, zależne właśnie od zanieczyszczeń, zawartych w danym preparacie.

Wnioski.

1. Hormon gonadotropowy przysadki mózgowej powoduje w większości badanych przypadków pewien wpływ na obniżenie ciśnienia krwi. Obniżenie to jest jednak przeważnie bardzo nieznaczne i stosunkowo nietypowe.
2. Wyciąg gruczołowy przedniego płatu przysadki nie ma żadnego wpływu na ciśnienie krwi.
3. Hipotensyjne działanie hormonu gonadotropowego zdaje się nie jest swoistem i jest raczej w związku z złem odbiałczeniem preparatu i z innemi zanieczyszczeniami.

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. med. FIDLER Antoni, st. asyst. Kliniki. Warszawa.

Trzy przypadki ciężkich zaburzeń czynnościowych.

Z Kliniki Chorób Wewn. Uniw. Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski.

Ciężkie zaburzenia czynnościowe o swoistym zupełnie przebiegu skłaniają nas do opisu trzech przypadków, które mieliśmy możność obserwowania w Klinice w ostatnich miesiącach.

Przypadek 1. Chora G. E. (L. Dz. Klin. 142/1934/35), lat 14, przybyła do Kliniki dnia 6 listopada 1934 r. ze skargami na ogólne osłabienie, znaczne wychudzenie, brak łaknienia, niemożność siedzenia i stania, oraz bóle brzucha.

Choroba rozpoczęła się 1½ roku temu stopniowym brakiem łaknienia, bólami brzucha, odbijaniem, zgagą, niekiedy wymiotami oraz bólami głowy. Bóle brzucha były niezależne od czasu, jakości i ilości przyjmowanych pokarmów, trwały około 15—20 minut, nigdzie nie promieniowały i przebiegały bez gorączki, żółtaczki oraz zaburzeń w oddawaniu stolca i moczu. W ciągu dnia wymiotowała 1—2 razy treścią zielonkawą, w której krwi ani zaległych pokarmów nie spostrzegała. Pomimo trzykrotnego leczenia szpitalnego przetworami gruczołowemi, strychniną, bromem, przeszczepianiem podskórnem przysadki mózgowej, pomimo karmienia zapomocą zgłębnika żołądkowego, stan zdrowia od września 1933 r. zaczął się pogarszać coraz bardziej, a mianowicie pojawiły się bóle w dołku podsercowym, nudności, wymioty spożytemi pokarmami oraz wstręt do jedzenia. Jednocześnie z tem wzmogło się ogólne osłabienie, spadek na wadze, oraz dołączyła się niemożność siadania, stania i chodzenia. W lipcu 1934 r. zjawiły się gorączka do 39,6° oraz śluzowa biegunka, które trwały 3 dni. Miesiączki jeszcze nie miała. Pozostałe wywiady bez znaczenia.

W stanie obecnym (dnia 6 listopada 1934 r.) z odchyleń od stanu prawidłowego wykryliśmy: waga 19 kg, wzrost około 150 cm. Skóra i śluzówki suche, łuszczące się. Bolesność i nieruchomość części lędźwiowej kręgosłupa. Znaczne osłabienie i wyniszczenie ogólne. Mocz: oddziaływanie zasadowe, aceton wybitnie dodatni. Badanie morfologiczne krwi: w kropli świeżej nic szczególnego. Krwinek czerwonych 4,100.000, Hb. 66%. Wskaźnik barwny: 0,81. Krwinek białych: 5.100, obojętnochłonnych: pałeczkowatych 24%, podzielonych 53%, limfocytów 23%. Badanie płynu mózgowordzeniowego ujemne. WR we krwi i płynie ujemny. Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego nie wykryło odchyleń od stanu prawidłowego. Zdjęcie kręgosłupa: odwapnienie kręgosłupa, szczególnie L_3, kości krzyżowej, i kości miednicy. W ciągu tygodniowego pobytu w Klinice chora, pomimo podskórnych wstrzykiwań glukozy, soli fizjologicznej, insuliny i atropiny, stale wielokrotnie w ciągu dnia wymiotowała, zwłaszcza po podaniu jakichkolwiek pokarmów i płynów, aż wreszcie wśród objawów ogólnego osłabienia zmarła dnia 13 listopada 1934 r.

Rozpoznanie: *Perturbationes functionales sub forma praecip. vomit. subsequente inanitione completa.* Badanie pośmiertne, prócz niedorozwoju narządów wewnętrznych, nie wykryło odchyleń od stanu prawidłowego.

Przypadek 2. Chora K. L. (L. Dz. Klin. 154/1934/35), lat 12, przybyła do Kliniki dnia 13 listopada 1934 r. spowodu braku łaknienia i stałego spadku na wadze. Do wiosny r. b. czuła się dobrze, była tęga, ważyła bowiem 69 kg, miała też dobre łaknienie; od maja natomiast do chwili obecnej straciła 18 kg wagi oraz ma znacznie upośledzone łaknienie. W ciągu tego czasu leczyła się starannie; wykonano cały szereg badań rentgenowskich płuc, krwi i moczu, w którym wielokrotnie wykrywano białko w ilości od 0,2—1‰. Pierwsza miesiączka pół roku temu, skąpa, odtąd więcej nie miesiączkowała.

W stanie obecnym z odchyleń od stanu prawidłowego wykryliśmy: waga 51 kg, wzrost 170 cm, powiększenie nieznaczne nosa i szczęki dolnej, większe rąk i stóp. Tarczyca b. z. W moczu białka 0,22‰, w osadzie 1—2 wałeczki ziarniste w preparacie. Ciężar gatunkowy moczu oraz próby wodna i stężeniowa w granicach prawidłowych. Badanie morfologiczne krwi: w kropli świeżej nic szczególnego; krwinek czerwonych 3,950.000, Hb. 82%; wskaźnik barwny 1,05; krwinek białych 7300; zasadochłonnych 1,5%, kwasochłonnych 2%, obojętnochłonnych: pałeczkowatych 3%, podzielonych 40%, limfocytów 52%, monocytów 1,5%. Badanie surowicy krwi: Azot pozabiałkowy 30 mg %, Albuminy 6,15%, Globuliny 2,15%. Wskaźnik białkowy 2,81. Stosunek osocza do krwinek 65 : 35, zasób zasad 90 obj. %. Cl sur. 348 mg %, Cl krwinek 250 mg %, Cl krwi całkowitej 314 mg %, wskaźnik chlorowy 0,71; potas surowicy 25,84 mg %. Podstawowa przemiana materji + 35%.

Cukier we krwi: na czczo 91 mg % w kilka dni później 61 mg %, bezpośrednio po wypiciu 50 g glukozy w 100 cm^3 wody 94 mg %, w 30 min. 187 mg %, w 60 min. 158 mg %, w 90 min. 187 mg %, w 120 min. 131 mg %, w 150 min. 100 mg %, w 180 min. 71 mg %, w 210 min. 84 mg %. Badanie narządu wzroku, wielokrotne zdjęcia klatki piersiowej, prześwietlenie przewodu pokarmowego i zdjęcie czaszki, nieprawidłowości nie wykryło.

Chorej w ciągu 25 dniowego pobytu w Klinice pomimo stosowania leczenia wzmacniającego, ubyło 3 kg. Rozpoznanie: *Endocrinosis, perturbatio metabolica subs. inanitione. Albuminuria juvenilis.*

Przypadek 3. Chora W. E. (L. Dz. Klin. 122/1934/35), lat 25, przybyła do Kliniki dnia 26 października 1934 r. spowodu ogólnego osłabienia, otyłości i bólów w okolicy sercowej. Choroba rozpoczęła się w 18 roku życia po grypie, otyłością, bólami w okolicy sercowej i zamieraniem serca. W styczniu 1930 r. pojawiły się pierwsze napady duszności i bóle głowy, które ustąpiły po jednej serji naświetlań rentgenowskich czaszki. We wrześniu 1933 r. powtórzyły się napady dychawicy oskrzelowej, które ustąpiły po naświetlaniach śledziony. Od trzech trzygodni odczuwa silniejsze bóle w okolicy sercowej i obrzmienie skóry. Łaknienie ma zmienne; okresowo miewała gwałtowną chęć odżywiania się słodyczami, objaw ten minął po wstrzyknięciu dożylnem cukru gronowego. Pierwsza miesiączka w 14 roku życia, odtąd stale nieregularne, obfite, bolesne, a w ciągu ostatnich $2^1/_2$ lat co $2^1/_2$ miesiąca.

W stanie obecnym z odchyleń od stanu prawidłowego, prócz znacznej pobudliwości ogólnej, wykryliśmy tylko dość znaczną otyłość. Mocz bez zmian. Badanie morfologiczne krwi: w kropli świeżej nic szczególnego; krwinek czerwonych 5,600.000, Hb 100%, wskaźnik barwny 0,8; krwinek białych 15.500: kwasochłonnych 6%, obojętnochłonnych: pałeczkowatych 2%, podzielonych 59%, limfocytów 33%. Opadanie krwinek (Westergreen) po 1 g — 7 mm, po 2 g — 18 mm, po 24 g — 48 mm. Podstawowa przemiana materji + 11%. Cukier we krwi: na czczo 98 mg %, po wypiciu 50 g glukozy w 100 cm^3 wody w 15 min. 114 mg %, w 30 min. 174 mg %, w 60 min. 170 mg %, w 90 min. 146 mg %, w 120 min. 160 mg %, w 180 min. 124 mg %. Badanie surowicy krwi: Azot pozabiałkowy 24,4 mg %, Albuminy 3,9 g %, Globuliny 4,05 g %, wskaźnik białkowy 0,96. Stosunek osocza do krwinek 54 : 46, zasób zasad osocza 68 obj. %, Cl osocza 326 mg %, Cl krwinek 199 mg %. Cl krwi całkowitej 267 mg %, wskaźnik 0,61. Potas surowicy 25,3 mg %, wapń 8,0 mg %. Azot aminowy w surowicy 6,12 mg %, w moczu 18.35 mg %, co stanowi 2,9% azotu całkowitego moczu. Próba wodna i stężeniowa wypadły prawidłowo. W czasie 6 tygodniowego pobytu w Klinice uskarżała się prawie stale na bicia serca i bóle w okolicy sercowej oraz miała kilkakrotnie napady dychawicy oskrzelowej, która ustąpiła, zresztą, po naświetleniach rentgenowskich śledziony. Wypisała się z Kliniki w stanie lekkiej poprawy z rozpoznaniem: *endocrinosis, perturbatio metabolica sub forma praecipue obesitatis; asthma bronchiale, neurasthenia.*

Jakaż jest wspólna więź, która łączy te trzy przypadki? Więzią tą jest brak zmian anatomicznych, które mogłyby nam tłumaczyć cały obraz chorobowy. Przypadek pierwszy jest tem bardziej pouczający, że naocznie mogliśmy się przekonać o tem, iż przyczyną nietylko poważnych zmian chorobowych, ale i śmierci mogą być zmiany czynnościowe. Przypadek drugi przypomina żywo stan pierwszej chorej w początkowym okresie choroby. I tu i tam stopniowy brak łaknienia oraz spadek na wadze, pojawiające się w okresie rozpoczęcia czynności jajników. W pierwszym przypadku, niestety, ze względu na ciężki stan chorej nie mogliśmy wykonać szeregu badań pracownianych, w drugim zaś hipoglobulinemja i wzrost wskaźnika białkowego mogą być dowodem, przemawiającym za niedostateczną czynnością gruczołów płciowych, jak to wynika z dotychczasowych moich badań w tej dziedzinie. Jeżeli do tego dodamy dyskretne objawy akromegalji, wzmożenie podstawowej przemiany materji, przedłużenie krzywej przecukrzenia pokarmowego oraz zmienny dość niski poziom cukru we krwi, to będziemy mieli prawo mówić o zaburzeniach wielogruczołowych, których objawem klinicznym jest przedewszystkiem spadek na wadze. Takie ujęcie omawianego przypadku nie daje nam jednak wytłumaczenia zmiany stosunku krwinek do osocza, wzrostu zasobu zasad, zawartości chloru we krwi całkowitej, krwinkach i przesunięcia wskaźnika chlorowego. Nie jest wyłączone, że i te zjawiska zależą bezpośrednio lub pośrednio od zaburzeń w wydzielaniu gruczołowem, ale można też przypuścić, że jakaś inna przyczyna spowodowała zmianę w ilości zasobu zasad, w zawartości i rozmieszczeniu chloru we krwi i że ona właśnie jest przyczyną zmian chemicznych i morfologicznych. Słowem nie jest wyłączone, że pierwotną przyczyną obrazu chorobowego są nieuchwytne dla nas obecnie zmiany zaburzenia w przemianie ustrojowej, których wyrazem są objawy kliniczne i dobrze określone zmiany w składzie chemicznym krwi.

W obecnym stanie naszej wiedzy sądzimy o czynności gruczołów dokrewnych na zasadzie pośrednich objawów, nie zdając sobie należycie sprawy z tego, że zupełnie podobne objawy i zespoły objawów mogą być spowodowane również przez najrozmaitsze inne przyczyny, jak z drugiej strony, ta sama przyczyna może spowodować różne skutki.

Niesłusznem może jest zatem twierdzenie, że nadmierna liczba leków, stosowana w danej jednostce chorobowej, jest dowodem, że nie posiadamy skutecznego leku dla tej właśnie choroby, gdyż zupełnie podobne objawy mogą być, prawdopodobnie, spowodowane przez różne przyczyny, lub że te same przyczyny oddziałując na ustroje o różnej wrażliwości dają różne zespoły chorobowe. Ilu jest ludzi, tyle jest różnych reakcyj na zjawiska świata zewnętrznego i na okoliczności życiowe, w których się dany osobnik znajdzie. Jeśli zatem, w tych samych okolicznościach życiowych każdy z żyjących oddziaływa inaczej, spowodu swoich właściwości osobniczych, dlaczegoż w stanach chorobowych reakcja ma być zawsze taka sama? Może zatem nie o jednostkach chorobowych mówić należy, lecz o chorych, mających takie a takie objawy; może zatem wielka liczba leków w różnych chorobach i zachwalana ich skuteczność zależy od rozległej skali osobniczej wrażliwości chorego ustroju, z którą dany badacz się spotkał. Tem się, prawdopodobnie, tłumaczy fakt różnego oddziaływania chorych sercowych na leki sercowe, tem również indywidualizowanie diet w cukrzycy, tem także kapryśny przebieg, pomimo leczenia, dusznicy bolesnej, a sądzę, że takich przykładów można przytoczyć i więcej. W tem oświetleniu wydaje się słuszne przypuszczenie, że zmiany anatomiczne są tylko jednym z wykładników przemian biochemicznych, które warunkują stan zdrowia i choroby, a nie punktem środkowym od którego zależy cały szereg innych objawów.

W obecnym stanie naszej wiedzy dokładne rozpoznanie tych zmian anatomicznych wszelkiemi możliwemi metodami klinicznemi jest konieczne ze względu na to, że mogą być one pierwszemi dostępnemi dla nas objawami procesu chorobowego.

W zagadnieniu, które nas w tej chwili interesuje, ilustracją wyrażonych możliwości może być przypadek trzeci, w którym na zasadzie całokształtu badania klinicznego należy również rozpoznać zaburzenia wielogruczołowe, w których ważną rolę odgrywają i jajniki, jak to wynika z wywiadów. W przypadku tym jednak znajdujemy hiperglobulinemję z obniżeniem wskaźnika białkowego, prawidłowy zasób zasad i prawidłowy stosunek osocza do krwinek, zawartość chloru we krwi całkowitej i krwinkach, natomiast wykrywamy zmniejszenie zawartości chloru w osoczu, i wzmożenie zawartości azotu aminowego w moczu. Wspólnem w obu ostatnich przypadkach jest przedłużenie krzywej przecukrzenia pokarmowego, wzmożenie potasu we krwi i wzrost wskaźnika chlorowego, który jednak w przypadku drugim zależy od wzmożenia chloru w krwinkach (i krwi całkowitej), w trzecim zaś od obniżenia zawartości chloru osocza. Także i morfologicznie przypadki te różnią się od siebie: w przypadku drugim wychudzenie, w trzecim otyłość. Ale jeżeli i w tym przypadku rozpoznanie niedomogi wielogruczołowej ma wszelkie cechy prawdopodobieństwa, jeżeli chudnięcie w przypadku drugim możemy sobie tłumaczyć nadczynnością tarczycy (wzmożenie przemiany materji), a otyłość w trzecim przypadku między innemi i nadmiernem wiązaniem wody przez tkanki, czego dowodem może być hiperglobulinemja i obniżenie wskaźnika białkowego, to jednak zaburzenia w zawartości i rozmieszczeniu chloru we krwi, wzrost azotu aminowego w moczu i leukocytoza wymagają tłumaczenia dodatkowego, zwłaszcza że, jak to opisałem w pracy nad zachowaniem się katjonów we krwi, nadmiar potasu przemawia raczej, w zespole gruczołowym, za nadczynnością tarczycy. Problem wikła się coraz bardziej, jeżeli uwzględnić przebieg krzywej przecukrzenia pokarmowego, identyczny prawie w obu przypadkach, z podobnemi podwójnemi wzniesieniami. Można mówić o zaburzeniach wielogruczołowych, przesuwając punkt ciężkości to w stronę jednego, to drugiego gruczołu. Ale czy nie lepiej byłoby mówić o zaburzeniach przemiany materji, których wykładnikami są zmiany kliniczne we krwi i moczu, a więc objawy pewne, bezpośrednie, aniżeli, opierając się na nich, wznosić hipotetyczny gmach zaburzeń gruczołowych, boć przecież nie jedna przyczyna może wywoływać ten sam skutek.

Streszczenie:

1. Opisano trzy przypadki głębokich zaburzeń czynnościowych bez tła anatomicznego, które były przyczyną poważnych stanów chorobowych, a nawet zejścia śmiertelnego.

2. Przypadki te skwalifikowano częściowo jako niedomogę wielogruczołową, wysuwając również przypuszczenie pierwotnego przestrojenia ogólnej przemiany materji.

Dr. A. WALDMANN. Stryj.

Praktyczne zastosowanie reakcji egzantynowej Flecka.

Z Państwowego Szpitala Powszechnego w Stryju.
Dyrektor: Dr. K a r o w i e c.

Obszary podkarpackie nawiedzane są od wielu lat sporadycznemi przypadkami duru plamistego, które przybierają od czasu do czasu charakter małych epidemij lokalnych. Ponieważ przypadki te w miarę wolnego miejsca kierowane są do miejscowego szpitala, postanowiłem wykorzystać je w celu wypróbowania próby skórnej podanej przez F l e c k a jako reakcja egzantynowa.

Egzantyna *(exanthinum)* jest wodnym wyciągiem odmieńca X_{19}, sporządzonym i miareczkowanym według przepisu podanego w *Zeitschrift für Immunitätsforschung* [1]. Preparat dostarczony został szpitalowi przez Dr. F l e c k a w ampułkach po 90 jednostek skórnych w 0,2 cm^3 płynu. Stosowaliśmy go śródskórnie, odczytu dokonywaliśmy po około 12 godzinach.

Próby wykonano u pacjentów durowych *(ty. exanthematicus)*, u gorączkujących z innych powodów (między innemi dur brzuszny), u chorych na choroby bezgorączkowe, u zdrowych i wreszcie u osób szczepionych według Prof. W e i g l a (2 przypadki). Wszyscy znosili zastrzyk zupełnie dobrze, nie było żadnych powikłań lub szkód.

U osób zdrowych lub chorych niedurowych (także gorączkujących) znaleźliśmy we wszystkich przypadkach (38) odczyn dodatni, polegający na zaczerwienieniu, lekkim nacieku i wrażliwości dotykowej miejsca zastrzyku. Reakcja ta pojawiała się w około 6 godzin po zastrzyku, nasilała się przez szereg godzin następnych, a po kilkunastu godzinach (od injekcji) zaczynała przygasać. Do 24 godzin znikała, zostawiając czasem nieznaczną pigmentację. Rozmiary zaczerwienienia wynosiły 3—6 cm w średnicy, kontur ostry lub rozlany.

Przypadków durowych zbadano 20. Spośród nich 16 nie dało żadnego odczynu, zaś 4 dały odczyn niewyraźny (±): słabe zaróżowienie miejsca zastrzyku. Odczyn Weil-Felixa był zawsze wysoko dodatni (1 : 500), z wyjątkiem jednego przypadku, w którym odczyn ten dopiero w rekonwalescencji wystąpił. W przypadku tym wyhodowano ze krwi pałeczki duru brzusznego (F. Z. H. Lwów), trzeba go więc uważać za przypadek duru brzusznego i plamistego. Odczyn egzantynowy był w nim niewyraźny (±), należy on do owych 4 przypadków z odczynem wątpliwym (±).

Trzy inne przypadki z takim odczynem nie wykazywały żadnych wspólnych cech klinicznych, które mogłyby wytłumaczyć odmienność reagowania skóry: jeden z nich był wyraźnie lekkim przypadkiem duru, dwa pozostałe przedstawiały przeciwnie przebieg ciężki.

Zastrzyk wykonywaliśmy między 6-tym a 16-tym dniem choroby, przeważnie w dniu dostarczenia pacjenta do szpitala. Nie wykonywaliśmy w przypadkach niewyraźnego odczynu powtórnej próby, istnieje więc możliwość, że w następnych dniach wypadłaby ona ujemnie. Możliwe jest też, że dawka stosowana (90 jedn. skórnych) powinnaby być mniejsza. Wiek chorych wahał się od lat 5 do 50, osutka była we wszystkich przypadkach wyraźna.

Dwie osoby szczepione przeciw durowi według prof. Weigla, dawały odczyn dodatni, z tego jedna w 6 tygodni po szczepieniu, druga po 5 miesiącach.

Jeden ozdrowieniec po durze plamistym (10 dni po gorączce) wykazał odczyn ujemny.

Wyniki nasze zgadzają się więc z wynikami N e m s c h i l o w a, podanemi w *Klin. Woch.* i B o g d a n o w a podanemi w *Zentr. für Bakt.* Potwierdzają one:

1) obecność swoistej alergji skóry osób chorych na dur plamisty;

2) zastosowalność praktyczną próby egzantynowej do rozpoznania. *Zwłaszcza w domu chorego można użyć próby tej z pożytkiem zamiast reakcji Weil-Felixa, otrzymując wyniki już po 6—12 godzinach i nie będąc zależnym od pracowni bakterjologicznej.*

Dla celów epidemjologicznych byłoby ważne badanie osób, które przebyły dur i ustalenie, jak długo po przebytej chorobie utrzymuje się odczyn ujemny. Gdyby okazała się równoległość pomiędzy takim odczynem, a odpornością rzeczywistą ustroju na zakażenie, możnaby wśród ludności zagrożonej wykrywać osobniki odporne. W tym kierunku prowadzone będą dalsze badania.

Sądzę, że byłoby pożyteczne, gdyby Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie wytwarzał egzantynę i puścił ją w obieg, co ułatwiłoby jej szersze zastosowanie.

Piśmiennictwo:

1) F l e c k: Wiad Lekar. 1930. Nr. 10—11. — 2) F l e c k: Ztschr. für Immunfr. 72. H. 3—4. — 3) F l e c k—H e s c h e l e s: Klin. Woch. 1931. Nr. 23. — 4) H e s c h e l e s—F l e c k: Ztschr. für Immunfr. Bd. 79. H. 5—6. — 5) F l e c k: Klin. Woch. 1934. Nr. 8. — 6) B o g d a n o w: Zentralbl. für Bakt. I. Orig. 128. Str. 173. — 7) N e m s c h i l o w: Klin. Woch. 1934. Nr. 2.

[1]) *Zeitschr. f. Immunforsch.* 72. H. 3—4. Str. 283.

Dr. Józef WOLF, Asystent. Lwów.

Przypadek uszkodzenia esicy przez nabicie się przez pochwę [1]).

Z Oddziału Chirurg. Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.
Ordynator: Prof. Dr. Tadeusz O s t r o w s k i.

M a d e l u n g wydał w 1925 r. obszerną monografię o zranieniach przez nabicie się, w której zebrawszy możliwie wszystkie przypadki z piśmiennictwa światowego (276) — zranienia te wyczerpująco omówił. Według niego przypadki uszkodzenia kiszki grubej skutkiem nabicia się przez pochwę należą do bardzo rzadkich. Z piśmiennictwa zebrał wszystkiego 5 przypadków tego rodzaju (w tem 1 przypadek z piśmiennictwa polskiego opisany przez G r u c ę). W zaobserwowanych zaś przez niego samego 60 przypadkach nabicia się przez pochwę, uszkodzenia jelita grubego ani razu nie było, jakkolwiek liczba zranień narządów jamy brzusznej śródotrzewnowo leżących przez nabicie się inną drogą — jest stosunkowo wielka.

Ze względu na rzadki sposób zranienia oraz ciężki przebieg zakończony wyzdrowieniem, zasługuje na uwagę nasz przypadek:

Chora Anna J., l. 16, przyjęta 23. XI. 1932 r. podała w wywiadach, że będąc tegoż dnia zajętą przy podawaniu snopów zboża spadła z wysokości kilku metrów nadziewając się pochwą na stojący w dole drążek od grabi. Długość wbitej części drążka, jak podaje, wynosiła ok. 30 cm. Drążek został usunięty przez drugą osobę. Wkrótce potem wystąpiły bóle w dolnych częściach jamy brzusznej, wzmagające się stopniowo, po kilku godzinach wystąpiły wymioty. Chorą przywieziono do szpitala 15 godzin po wypadku.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, odżywienia dobrego, budowy kośćca dobrej. Czaszka bez zmian. Język suchy. Nad płucami wypuk jawny, szmery pęcherzykowe, oddech przyspieszony. Tony serca czyste, tętno 120/min. Brzuch wzdęty, na ucisk bolesny, zwłaszcza w dolnej części. Na zewnętrznych częściach sromu brak obrażeń, zwłaszcza pourazowych. Badanie *per vaginam* zapomocą wzierników wykazuje w przedniem sklepieniu pochwy otwór wielkości dwuzłotówki o brzegach szarpanych, z którego wydobywa się obficie treść szaro-brunatnawa, cuchnąca. Mocz odprowadzony z pęcherza cewnikiem przy badaniu zmian nie wykazywał. Wynik ten wykluczał z wielkiem prawdopodobieństwem uszkodzenie pęcherza moczowego. Badanie *per rectum* wykazało bolesność jamy Douglasa. Kończyny bez zmian. Ciepłota ciała 38.8°. Stan ogólny ciężki. Istniejące uszkodzenie sklepienia pochwy wybitne, objawy otrzewnowe upoważniały do rozpoznania uszkodzenia jelita i dały tem samem wskazanie do natychmiastowego zabiegu chirurgicznego.

W uśpieniu eterowem, cięciem w linji środkowej poniżej pępka otwarto jamę brzuszną. Stwierdzono w niej wielka ilość treści płynnej, krwawo-brunatnej z domieszką grudek kału. Pętle jelita cienkiego i grubego, jakoteż otrzewna ścienna pokryta rozległemi nalotami włóknikowemi. Po częściowem usunięciu wysięku stwierdza się w miednicy małej w okolicy przymacicza po stronie prawej otwór o szarpanych brzegach odpowiadający otworowi stwierdzonemu *per vaginam* w przedniem sklepieniu pochwy. Następnie stwierdza się w esicy, w odległości około 15 cm od miejsca przejścia jej w prostnicę dwa duże okrągławe otwory, o nierównych brzegach, z których się wydobywa kał. Esica została w tem miejscu przebita nawylot wspomnianym w wywiadach drążkiem. Uszkodzenia innych narządów jamy brzusznej niema. Po częściowem usunięciu wysięku z jamy brzusznej założono sączek gumowy z gazą jodoformową do jamy Douglasa i wyprowadzono go przez pierwotny otwór w przedniem sklepieniu przez pochwę nazewnątrz. Uszkodzoną część esicy z dwoma otworami wyłoniono nazewnątrz, stwarzając w ten spo-

[1]) Przedstawiony w Lwowskiem Tow. Lek. 16. II. 1934.

sób *anus praeter naturam*. Do jamy brzusznej wlano szczepionkę Besredki i częściowo zaszyto.

Przebieg pooperacyjny: Przez pierwsze 4 dnie stan chorej ciężki, ciepłota dochodzi do 40°, wymioty się utrzymują. Stosuje się kilka razy dziennie środki nasercowe, wlewania podskórne płynu fizjologicznego i lewatywy odżywcze. 5-go dnia po operacji wymioty ustąpiły, temperatura wiecz. 38.8°, przez wyłonioną pętlę odchodzi kał. Stan chorej w następnych dniach lepszy. 5. XII. 1932 pogorszenie, wystąpiła sinica twarzy i duszność. Ze strony jamy brzusznej poza niewielką tylko bolesnością w okolicy wyłonionej pętli jelita innych objawów brak. Badanie klatki piersiowej wykazuje po stronie lewej w okolicy kąta łopatki ropień wielkości pięści. Po nacięciu, wydobyto płyn krwowo-ropny, silnie cuchnący, badanie wykazało obecność paciorkowców, oraz drobnoustrojów gnilnych.

Stan chorej po nacięciu wrzodu nie poprawił się, duszność i sinica wzmogły się. Opukiwaniem i przysłuchem stwierdza się całkowite przytłumienie i zniesienie szmerów oddechowych nad lewem płucem. Badanie Roentgenem: pole płucne w dolnej i środkowej części mocno i jednolicie zaciemnione. Górna granica pozioma, ruchoma, powyżej powietrze (płyn i powietrze). Wobec tego wykonano 9. XII. w uśpieniu chloretylowem wycięcie żebra. Po otwarciu opłucnej wydobyło się z niej około $1^1/_2$ l płynu surowiczo-krwawego, silnie cuchnącego o charakterze posokowatym, podobnym do płynu wydobytego przy poprzednio naciętym ropniu. Pozatem mięśnie i tkanka podskórna nad całą lewą stroną klatki piersiowej silnie nacieczona i trzeszcząca jak przy ropowicy gazowej. Wykonano 3 długie nacięcia biegnące od kręgosłupa do linji pachowej tylnej. Jamę opłucnową zdrenowano, rany po nacięciu wyłożono gazą jodoformową. Chora przez kilka następnych dni jeszcze wysoko gorączkuje. Zastosowano serję zastrzyków propidonu. 1. I. 1933, z końcem 3 tygodnia po wycięciu żebra, stan chorej znacznie się poprawił, ciepłota nie przekracza 38°, ropa wydziela się obficie z opłucnej; chora oddaje stolec codziennie, zarówno przetoką jak i drogą naturalną. 15. I. 1933 stan dobry, chora nie gorączkuje, stolec oddaje przeważnie drogą naturalną. Roentgen płuc wykazuje: obie przepony wysoko ustawione, kąt lewy zaciemniony, dren na wysokości kąta. 11. II. 1933. Wyciek z opłucnej bardzo mały, wobec czego usunięto dren. 3. III. 1933. Rana po wycięciu żebra, jakoteż po nacięciach części miękkich klatki piersiowej zupełnie zagojone. Przetoka kałowa wydziela bardzo mało kału, stolec odchodzi przeważnie drogą naturalną. Chora w dobrym stanie opuszcza szpital z tem, że ma się zgłosić za trzy miesiące do zamknięcia przetoki kałowej.

Stosownie do polecenia zgłosiła się chora ponownie na nasz oddział 2. VI. 1933. Przez czas pobytu w domu czuła się dobrze. Stolce oddawała głównie drogą naturalną, w małej tylko ilości drogą przetoki. Chora jest obecnie bardzo dobrze odżywioną. Po stronie lewej klatki piersiowej widoczne 3 długie blizny, wypuk nad płucem lewem przytłumiony, szmery pęcherzykowe utrzymane. Serce bez zmian. W linji środkowej jamy brzusznej, poniżej pępka widoczna kilkucentymetrowa blizna, a w jej przebiegu przetoka wielkości 2 złotówki. Badanie ginekologiczne wykazuje bliznę w przedniem sklepieniu pochwy, przydatki bez zmian. Mocz oddaje chora prawidłowo, nie gorączkuje.

Po odpowiedniem przygotowaniu chorej przystąpiono 16. VI. 1933 do zamknięcia przetoki kałowej. Zabieg wykonano w znieczuleniu lędźwiowem. Po wykrojeniu dookoła przetoki skóry i otwarciu jamy otrzewnowej, uwolniono jelito grube (esicę) od zrostów i zaszyto przetokę. Powłoki brzuszne zeszyto szwem trójwarstwowym, wkładając pod skórę mały sączek gumowy.

4-go dnia po zabiegu chora oddała po lewatywie stolec. 10-go dnia usunięto szwy, rana zagojona przez rychłozrost. Prześwietlenie Roentgenem przewodu pokarmowego wykazało: żołądek dobrze toniczny, sięga do *crista*, ściany gładkie, perystaltyka prawidłowa, przebiega do odźwiernika. Odźwiernik drożny, *bulbus* o kształcie i konturach prawidłowych. Kiszka gruba o świetle szerokiem wykazuje upośledzenie przesuwalności, zaburzeń w przechodzeniu treści nie wykazuje. 3. VII. 1933. chorą wypisano jako wyleczoną do domu.

Dostanie się w naszym przypadku ciała obcego do jamy brzusznej na głębokość około 30 cm było spowodowane wielką siłą uderzenia skutkiem upadku ze znacznej wysokości, przyczem momentem bardzo ułatwiającym była gładka powierzchnia drążka. Godne uwagi jest, że nabicie się nastąpiło wprost na pochwę bez najmniejszego chociażby uszkodzenia zewnętrznych części rodnych. Z całego szeregu różnych powikłań, jakie w przypadkach nabicia się mogą mieć miejsce, szczególnie w następnie zranienia narządów jamy brzusznej — powikłanie, które wystąpiło w naszym przypadku w postaci ropnego zapalenia opłucnej i ropowicy gazowej ściany klatki piersiowej o bardzo ciężkim przebiegu jest rzadkie. Zakażenie jamy opłucnowej jak i samej ściany klatki piersiowej nastąpiło prawdopodobnie *„per continuitatem"* z jamy brzusznej, gdzie istniało ograniczone ropne zapalenie otrzewnej. Kilkumiesięczny okres leczenia, przetrzymanie przez chorą ciężkiego stanu na początku choroby, oraz groźnych powikłań w późniejszym okresie — świadczą, że w tym wypadku poza właściwem leczeniem, również korzystny wpływ na przebieg choroby musiała mieć szczególnie silna konstytucja chorej.

Zabieg wykonano niedoszczętny, ale oszczędzający najbardziej siły chorej, a jednocześnie wykluczający zapalenie otrzewnej przez wyłonienie uszkodzonej pętli kiszki, zdolnej do życia.

Piśmiennictwo:

M a d e l u n g O.: Arch. f. Klin. Chir. 1925. 137. — E w a l d W.: Bruns. Btrg. 1931. 152. — G r u c a A.: Pol. Gaz. Lek. 1923. 35. — N i c z y p e r o w i c z L.: Pol. Przegl. Chir. 1929. 8.

Dr. Jerzy JASIEŃSKI. Ord. Oddz. Chirurg. Kraków.
Szpit. im. Prezydenta G. Narutowicza.

W sprawie badania radjologicznego dróg moczowych w związku z obserwowanym przypadkiem guza nerki.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpit. im. Prezydenta G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: Dr. J. J a s i e ń s k i.

W piśmiennictwie dotyczącem radjografii górnych dróg moczowych w przypadkach nowotworów złośliwych nerki kładzie się główny, wyłączny niemal nacisk na wczesne rozpoznawanie. Już od chwili wprowadzenia pyelografji wysunięto żądanie, aby wykazywać z jej pomocą istnienie guza w najwcześniejszych okresach rozwoju sprawy. Żądanie to było niewątpliwie słuszne. W późniejszych okresach bowiem, gdy guz jest już macalny, zmiany w górnych odprowadzających drogach moczowych są wprawdzie przeważnie zupełnie wyraźne, nie posiadają one jednak tego znaczenia, co w okresach początkowych. W okresie tym ważnem jest wyłącznie wykazanie związku między wyczuwalnym guzem a nerką; toteż dla rozpoznania miejsca usadowienia i charakteru guza niezbędnem jest obok prześwietlenia przewodu pokarmowego — badanie radjologiczne górnych odprowadzających dróg moczowych po uprzedniem wypełnieniu ich płynem kontrastowym. W praktyce jednak i dziś nie spotykamy bynajmniej wyłącznie przypadków wczesnych, — w wielu spośród nich guz jest już macalny, — niekiedy bywa on nawet pierwszym przejawem choroby.

Wartość rozpoznawcza badania radjologicznego dróg moczowych w przypadkach nowotworów nerki jest przez różnych autorów różnie ocenianą. Niektórzy uważają pyelo-ureterografię za najważniejszą metodę rozpoznawczą, twierdzą, że nawet małe guzy mogą wpływać na zmianę kształtu kielichów, miedniczki lub moczowodu i że przy lepszem odczytywaniu kliszy możnaby rozpoznawać guzy nerki znacznie wcześniej, niż się to dotychczas dzieje. Inni — wprost przeciwnie — są zdania, że radjografja dróg moczowych niewielkie posiada znaczenie rozpoznawcze, jeśli chodzi o guzy nerki, a w przypadkach wczesnych zwykle zawodzi, i że również pyelografja zstępująca nie sprowadza pod tym względem żadnego postępu.

Obydwa te krańcowe zdania są nieco przesadne. Niewątpliwie niekiedy sam wynik pyelografji pozwala na zupełnie pewne rozpoznanie guza nerki. Chodzi o przypadki, w których nerka jest przesuniętą ku kręgosłupowi, moczowód przylega niemal do linji środkowej ciała, miedniczka jest wyraźnie rozszerzona, przyczem brak jest na zdjęciu pewnych kielichów (najczęściej widoczne są tylko dwa dolne), albo w cieniu górnych kielichów można wykazać ubytki. W innych przypadkach przy prawidłowym rysunku kielichów miedniczka nie jest całkowicie wypełnioną, albo widać pewne zmiany w moczowodzie: wykazuje on nieprawidłowe wygięcia na swym przebiegu, bądź też pewne jego odcinki są znacznie szersze niż prawidłowo. W przypadkach tych na podstawie zdjęcia można rozpoznać istnienie guza nerkowego z dużem prawdopodobieństwem.

Wnioskujemy więc o istnieniu guza przedewszystkiem na podstawie rozszerzenia i zniekształcenia czy też ubytków cienia miedniczki lub kielichów nerkowych. Całkowity lub częściowy brak wypełnienia miedniczki czy kielichów, ubytki, przewężenia, zamknięcie światła miedniczki, obecność jam środkowych lub brzeżnych, zmiana kierunku przebiegu kielichów, zamazany rysunek ich obrysów — ułatwiają niejednokrotnie rozpoznanie guza nerki.

Jeśli wszakże na podstawie tak wielu różnorodnych obrazów stwierdzonych na kliszy możemy rozpoznać lub podejrzewać istnienie guza nerki z wielkiem prawdopodobieństwem, to w rzeczywistości wszystkie te cechy nie są bynajmniej same przez się bezwzględnie znamienne i patognomoniczne wyłącznie dla nowotworu wychodzącego z nerki, jej osłonek lub nadnercza, i, jak mówi Legueu, byłoby błędnem opierać rozpoznanie nowotworu nerki wyłącznie na podstawie samego wyniku pyelografji. Znane są bowiem przypadki, w których inne guzy pozaotrzewnowe, np. guzy krezki, wywołały podobne ubytki w wypełnieniu cienia miedniczki. Guzy te cisnąć mogą na moczowód, prowadząc do zastoju w nim moczu i odsuwając równocześnie samą nerkę; odbija się to niekiedy i na miedniczce i pociąga za sobą podłużne lub poprzeczne jej przewężenia, widoczne na kliszy. Pomimo obrazu uzyskanego na kliszy rentgenowskiej po wypełnieniu dróg moczowych płynem odbijającym nie posiadamy jednak, ściśle rzecz biorąc, pewnego punktu oparcia dla odróżnienia guzów nerkowych od innych guzów pozaotrzewnowych. Źródłem błędów okazać się mogą skurcze kielichów i miedniczki; wywołane bowiem przez nie niecałkowite wypełnienie miedniczki lub kielichów sprawiać może wrażenie ubytków. Toteż dla wykluczenia tej możliwości polecano powtórzyć badanie po pewnym czasie, lub zawsze przeprowadzać je dopiero po podskórnem podaniu papaweryny. Ubytki w wypełnieniu płynem odbijającym jam nerki mogą mieć wreszcie jeszcze inne źródło, wywołane być mogą przez inne przyczyny: przeszkoda tkwi niekiedy w samych górnych odprowadzających drogach moczowych — czyto pod postacią złogów soli, czy też skrzepów krwi. Dla uniknięcia tego rodzaju pomyłek rozpoznawczych polecono przeprowadzać badanie nie wcześniej jak w 8 dni po ustaniu krwawienia. Co się zaś tyczy kamieni moczanowych, niedających w zasadzie cienia na kliszy, to wywołane przez nie ubytki w wypełnieniu cienia miedniczki mają zwykle zupełnie równe obrysy. Można zresztą po kilku dniach uzyskać cień ich na kliszy przy kontrolnem zdjęciu rentgenowskiem, jeśli pyelografję wykonano przy pomocy jodku potasu.

Obok wszystkich tych zastrzeżeń podnieść należy, że niekiedy nawet przy macalnym guzie uzyskany na zdjęciu obraz kielichów, miedniczki i moczowodu może nie wykazywać żadnych odchyleń. Prawidłowy rysunek cienia miedniczki nietylko nie wyklucza istnienia guza nerki, ale nawet i guza miedniczki nerkowej.

Znacznie pewniejszą bodaj, bo stalszą cechą radjologiczną jest przemieszczenie przez guz całego narządu. Zmiany ułożenia miedniczki i moczowodu spotykamy nietylko w przypadkach, w których widoczne są na kliszy ubytki cienia, jaki daje płyn odbijający, wypełniający górne odprowadzające drogi moczowe, lecz i przy prawidłowym rysunku cienia jam nerki. Guz przemieszcza najczęściej nerkę ku dołowi i zewnątrz, może ją wszakże również przesuwać we wszystkich innych kierunkach. Widywano nawet skręcenie nerki dokoła osi poprzecznej, w płaszczyźnie czołowej, lub dokoła długiej osi ciała: miedniczka i moczowód były w tych przypadkach zwrócone ku przodowi, a nawet ku zewnątrz, szczyt zaś kielichów — ku kręgosłupowi. Skręt nerki odbija się przedewszystkiem na moczowodzie, pociągając za sobą jego skręcenie lub zagięcie i powstanie wodonercza. Cała miedniczka i wszystkie jej kielichy ulegają równomiernemu rozszerzeniu tylko w tych przypadkach, w których nastąpiło zagięcie lub skręcenie moczowodu przemieszczonej przez guz nerki, sam guz natomiast nie uciska miedniczki nerkowej. Guz może jednak wywoływać utrudnienie odpływu moczu nietylko w obrębie całej miedniczki, lecz i poszczególnych jej kielichów, wywołując silne ich rozszerzenie. Objawowe to wodonercze tem więc różni się od zwykłych jego postaci, że nie jest równomiernem, dotyczy bowiem przeważnie pewnych tylko odcinków, obok których spotykamy źle wypełnione płynem odbijającym części miedniczki i kielichów nerkowych. W szeregu jednak przypadków guza nerki otrzymujemy na zdjęciu okazowy obraz wodonercza i nie stwierdzamy pozatem żadnych cech nietylko charakterystycznych, ale nasuwających nawet podejrzenie co do możliwości istnienia nowotworu. Tem niemniej samo już znaczne rozszerzenie miedniczki stanowi niewątpliwie wskazanie do zabiegu operacyjnego, toteż nieścisłe rozpoznanie nie pociąga za sobą bynajmniej złych następstw dla chorego.

Nikt wszakże nie wspomina ani słowa o tem, że stwierdzone na zdjęciu rentgenowskiem równomierne rozszerzenie miedniczki i kielichów może niekiedy zupełnie nie odpowiadać rzeczywistości, jak to się stało w spostrzeganym przeze mnie przypadku.

40-letnia chora zgłosiła się do szpitala spowodu powiększenia się rozmiarów brzucha, bólów w podżebrzu i okolicy lędźwiowej prawej i okresowego krwiomoczu, wielokrotnie powtarzającego się w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Przy badaniu stwierdzono wielki guz, zajmujący prawą połowę brzucha, wypuklający nieco prawą okolicę lędźwiową, wypełniający całe podżebrze prawe i dochodzący do linji środkowej ciała, a w dole do linji międzykolcowej. Guz twardy, posiadał spoistość niejednolitą, powierzchnię nierówną, guzowatą, był tkliwy na ucisk, zupełnie nieporuszalny na podstawie i odpowiadał klinicznie guzowi nerki. Prześwietlenie przewodu pokarmowego wykazało pozaotrzewnowe ułożenie guza, odsuwającego ku linji środkowej kątnicę i okrężnicę wstępującą, ku środkowi zaś i dołowi zagięcie wątrobowe poprzecznicy i samą poprzecznicę. W osadzie moczu znaleziono liczne krwinki. Przy wziernikowaniu pęcherza w okresie krwiomoczu stwierdzono, iż krwawienie pochodziło z nerki prawej. Wykazano też znaczne upośledzenie sprawności czynnościowej prawej nerki przy prawidłowej sprawności nerki lewej. Przy cewnikowaniu prawego moczowodu, przeprowadzonem w kilka dni po ustaniu krwiomoczu, nie napotkano na przeszkodę. Wprowadzono więc do chwili odczuwania przez chorą pierwszych dolegliwości 20 cm^3 roztworu bromku sodu. Pyelografja wykazała znaczne równomierne rozszerzenie miedniczki i wszystkich jej kielichów, nie stwierdzono natomiast jakichkolwiek ubytków w ich wypełnieniu. Cień miedniczki wraz z kielichami odpowiadał przestrzeni od XII kręgu piersiowego do górnego brzegu V kręgu lędźwiowego, sama zaś miedniczka zajmowała przestrzeń od I do połowy III kręgu lędźwiowego, była przytem znacznie odsunięta od kręgosłupa, mniejwięcej na szerokość kręgu. Moczowód odchodził lekko falisto od dolnego bieguna miedniczki, nie wykazywał żadnego zagięcia ani przewężenia, i wszędzie zdawał się posiadać światło równomiernie szerokie. Cień samej nerki nie był widoczny, jednakże, sądząc z pyelogramu, musiała ona być znacznie powiększoną, a cień miedniczki świadczył o tem, że nerka jest ułożoną w prawidłowej płaszczyźnie. Na tej podstawie rozpoznano więc nowotwór złośliwy nerki powikłany wodonerczem. Chora nagle zmarła. Na zwłokach po otwarciu brzucha stwierdzono, że nerka nietylko nie była powiększoną, lecz przeciwnie — raczej pomniejszoną w stosunku do nerki lewej, leżała jednak bardzo blisko linji środkowej ciała, niemal tuż pod powłokami, wypchnięta przez olbrzymi guz, wypełniający całą przestrzeń od prawego podżebrza aż do talerza biodrowego i kręgosłupa. Miedniczka i kielichy posiadały rozmiary prawidłowe. Moczowód bardzo wąski, nie wykazywał zagięcia ani przewężenia światła. Na górnej powierzchni nerki znaleziono nadnerczak, wielkości pięści, a pod, ponad i poza nerką — szereg guzów wielkości od główki dziecka do dwu pięści, twardych, o powierzchni nierównej; gruba ich otoczka była wypełniona rozpadłą masą nowotworu. Guzy obrastały dolną żyłę próżną, wrastając do jej światła i przerastały mięśnie. W płucach znaleziono liczne przerzuty nowotworowe, a badanie histologiczne wszystkich guzów wykazało budowę nadnerczaka.

Powyższy przypadek błędnie na podstawie wyniku pyelografji rozpoznanego wodonercza przy nadnerczaku nerki świadczy o tem, że niekiedy na skutek szczególnego ułożenia nerki można rozpoznać wodonercze w przypadkach, w których w rzeczywistości go niema. W piśmiennictwie nie znajdujemy żadnej wzmianki o możliwości tego rodzaju błędów rozpoznawczych. Podręczniki mówią wprawdzie o tem, że możemy otrzymać niekiedy na zwykłem zdjęciu rentgenowskiem niestosunkowo duży cień nerki, nieodpowiadający bynajmniej rzeczywistości, i że to zachodzi w przypadkach, w których nerka jest nieprawidłowo ułożoną — nienormalnie przesuniętą ku przodowi w kierunku powłok brzusznych, wskutek czego cień jej widoczny na kliszy został powiększony przez projekcję. Równocześnie wszakże podnoszą, że w przypadkach tych chroni przed błędnem rozpoznaniem powiększenia rozmiarów nerki ta okoliczność, iż jest ona wtedy macalną. Z drugiej zaś strony przypominają zasadę, że dla oceny właściwej wielkości nerki zawsze należy porównywać rozmiary obydwu narządów tego samego osobnika i że tylko na podstawie znacznych różnic między obydwiema stronami można wnioskować o powiększeniu nerki. Wniosku tego nie można jednak stosować bez zastrzeżeń do przypadków, w których na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznajemy nowotwór nerki.

Niepodobna w naszym przypadku postawić uzasadnionych zarzutów odczytaniu kliszy. Niewidoczny jest wprawdzie na zdjęciu cień nerki. Wiadomo jednak, że przy dużych guzach nerkowych zwykle nie da się go wykazać, co się tłumaczy przerośnięciem przez nowotwór torebki tłuszczowej nerki. Dalej na zdjęciu rzuca się wprawdzie w oczy, że cień miedniczki znajduje się w zbyt znacznej odległości od kręgosłupa. Wiemy jednak o tem, że nerka dotknięta wodonerczem może być znacznie od kręgosłupa odsuniętą przez silnie rozszerzoną miedniczkę, że torbiel nerkowa okresowo może się częściowo opróżniać, a pyelo-

grafię przerywamy przecie nie przy szczytowem wypełnieniu miedniczki, lecz przy pierwszych dolegliwościach odczuwanych przez chorego. Zresztą rozpoznano w tym przypadku istnienie nowotworu nerki, a wiadomo, że guzy przemieszczać mogą nerkę we wszystkich kierunkach.

Oceniając przypadek obecnie, łatwo jest wytłumaczyć przyczynę uzyskania mylnego obrazu pyelografji na zdjęciu rentgenowskiem i błędnego odczytania kliszy. Na skutek znacznej odległości przemieszczonej przez nowotwór nerki od kliszy rzut cienia miedniczki wypadł w znacznem powiększeniu,ześrodkowanie zaś zdjęcia na okolicę prawej nerki sprawiło, iż wydała się ona, wbrew rzeczywistości, leżącą w znacznej odległości od środkowej linji ciała. Przyznać należy, że tylko pyeloskopja lub drugie zdjęcie rentgenowskie wykonane w ułożeniu na brzuchu mogły uchronić przed błędnem odczytaniem kliszy, wobec tego że w omawianym przypadku klisza w ten sposób przylegałaby niemal bezpośrednio do nerki, a w każdym razie znajdowałaby się znacznie bliżej nerki, niż przy zdjęciu rentgenowskiem zwykłem.

Pyeloskopja nie znalazła do dziś w praktyce codziennej zastosowania w celach rozpoznawczych, jak na to w zupełności zasługuje. Stosuje ją kilka zaledwie zakładów i to niemal wyłącznie tylko dla badania sprawności opróżniania się kielichów i miedniczki. Olbrzymia większość chirurgów i radjologów zadowalnia się zdjęciem lub też szeregiem zdjęć rentgenowskich nerek i górnych odprowadzających dróg moczowych wypełnionych płynem odbijającym drogą wstępującą, lub też przeważnie dodatkowo — zstępującą, zdjęciem, które z przyczyn technicznych zawsze oczywiście wykonane być musi w jednej tylko płaszczyźnie, zawsze przy tem samem ułożeniu chorego. Utarło się przytem zdanie, że tego rodzaju badanie jest w zupełności wystarczające dla rozpoznania — jeśli chodzi o wykazanie ułożenia, rozmiarów i kształtu kielichów, miedniczki i moczowodu, — i jeśli nawet niezawsze można je nazwać zupełnie wyczerpującem, to przecież więcej i dokładniejszych danych sama radjografja dróg moczowych dostarczyć nam niestety nie jest w stanie. Opisany przypadek mówi w sposób przekonywujący o tem, że uzyskany na zdjęciu rentgenowskiem obraz miedniczki wypełnionej płynem odbijającym w pewnych szczególnych okolicznościach może zupełnie nie odpowiadać rzeczywistości i być błędnie rozumiany, i że jedynie pyeloskopja — oglądanie cienia miedniczki w różnych płaszczyznach — mogłaby w podobnych przypadkach zapobiec błędnemu rozpoznaniu wodonercza, wynikającemu z nieprawidłowego ułożenia nerki.

Piśmiennictwo:

Grauhan: Zeitschr. f. Urol. Chir. XVIII. 1—2. 1935. — Legueu-Fey-Truchot: La pyéloscopie. Paris 1927. — Schinz: Röntgendiagnostik. — Sgalitzer: Arch. f. Klin. Chir. 160, 1930.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Kronika Dentystyczna. Nr. 1. 1935. Jarząb J.: *Oral sepsis* a nasze leczenie zachowawcze i roboty protetyczne.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 1. 1935. Oszast Zb.: Zagadnienie leczenia diatermją w przyszłości. — Mierzecki H.: Badanie nad zastosowaniem przetworów polskiej ropy naftowej w lecznictwie.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 5. 1935. Hozer J.: Dobra wola na manowcach nieporozumienia. — Wieleński B.: O wolnym wyborze lekarza w Niemczech (dokończenie).

Nowiny Lekarskie. Z. 5. 1935. Burak M. W.: O rozpoznawaniu uszkodzenia mięśnia sercowego na podstawie badań elektrokardjograficznych. — Łabendziński Fr., Wasilewski L., Danielewski R.: Przypadek gruźlicy i kiły krtani. — Muszkatenblit J.: Nadciśnienie tętnicze a leczenie klimatyczno-balneologiczne. — Grabska M.: Obustronny rak sutka. — Rozenberg L.: Wpływ czynników nerwowych na ciśnienie krwi.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XIV. Z. 1. 1935. Wertheim A. i Borkowski J.: Rak okrężnicy. — Ostrowski W.: Wywoływanie zrostów wewnątrzpłucnych dla celów chirurgicznych. — Śledziewski H.: Usypianie ewipanem. — Wolszczan J.: Świder kostny (wiertło).

Ginekologja Polska. T. XIII. Z. X—XII. 1935. Czyżak J.: Przyczynek do krwawień późnych w połogu na tle zakażenia. — Modrzejewski A.: Naczyniak kosmówkowy *(chorangioma).* — Bączkowska H. i Szaflarski J.: Uwagi o wpływie hormonów przedniego płatu przysadki mózgowej i hormonu pęcherzykowego na przebieg wydzielania mleka u owiec w okresie karmienia. — Rydzewska J.: Wpływ diatermii na czynność wydzielniczą gruczołu sutkowego. — Rychłowski Zb.: Przypadek równoczesnego wystąpienia pierwotnych raków sutka i części pochwowej macicy. — Ryglewicz K.: Zapalenie przydatków a ciąża. — Kowalski M. St.: Działanie hormonów tylnego płatu przysadki mózgowej na mięsień maciczny a środki odurzające. — Zawodziński T.: Graficzne wyobrażenie bólów porodowych metodą zewnętrzną. — Perl J.: Środki uśmierzające bóle porodowe. — Gizowski T.: Słabe bóle porodowe i niedowład macicy. — Ryłko M.: W sprawie zapobiegania wymiotom po ogólnem uśpieniu.

Pedjatrja Polska. T. XV. Z. 1. 1935. Jasiński W.: Zapalenie opon mózgowych i mózgu w przebiegu świnki. — Sumarówna J.: Dwa przypadki guzów naczyniowych wątroby u niemowląt. — Bukowska F. i Luxenburgowa W.: O zapaleniu ucha środkowego u noworodków. — Frenklowa H.: Przyczynek do akrodynji dziecięcej. — Brudnicki E.: Przyczynek do etjologji rumienia guzowatego. — Brudnicki E.: Przypadek silnego amnjotycznego obsznurowania kończyny dolnej u 8-letniego dziecka. — Kon J.: Przypadek wrodzonej krótkiej szyi (Zespół Klippel-Feila).

Życie Dziecka. Nr. 2. 1935. Hryniewicz E.: Młodociani w Polsce. — Bobrowska Br.: Czytelnictwo — bajki. — Wichlińska St.: Ośrodek pracy, jako szkoła życia społecznego.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 3. 1935. Hubert J.: Prawotwórcza rola Trybunału dla Spraw Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych (dok.). — Greniewski H.: Zmienna stopa oprocentowania. — Sissle E.: Prawo upadłościowe i układowe a ubezpieczenia społeczne (dok.). — Chrapowicki T.: Organizacja letnich kolonij leczniczych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 9. 1935. Karbowski Br.: Posocznica usznego pochodzenia u dzieci najmłodszych (dok.). — Zamenhof M.: Objawy płucne w chorobach serca u dzieci. — Alter N.: Przypadek tarczycy dodatkowej języka, leczony diatermo-koagulacją. — M. K.: Dur plamisty w ostatnich latach (c. d.).

Gruźlica. Nr. 5—6. 1934. Piasecka-Zeyland E. i Sznajder Wł.: Prątki gruźlicze typu bydlęcego u chorych w szpitalach poznańskich. — Piasecka-Zeyland E. i Sznajder Wł.: Poszukiwanie prątków gruźliczych w stolcu w porównaniu z badaniem plwociny i przepłóczyny żołądkowej. — Dąbrowski K. i Werkenthin M.: Stosunek obrazu radiologicznego do obrazu klinicznego w gruźlicy płuc. — Plebańczyk P.: O wyrwaniu nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc. — Telatycki M. i Krzymuski Wł.: Wyniki leczenia krtani naświetlaniami lampą łukową Wessely'ego. — Festensztat A.: Przypadek wygojonej prosówki w wieku wczesnego dzieciństwa. — Gackowski J.: Krwotok śmiertelny w przypadku rozstrzeni oskrzelowych płatu górnego prawego.

Medycyna Praktyczna. Z. 2. 1935. Korczyński L.: *Angina pectoris — Stenocardia.* — Cieszyński Fr. Ks.: Opieka higieniczno-wychowawcza, kulturalna i społeczna nad matką i dzieckiem w miejskim Zakładzie Położniczym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.

Klinika Współczesna. Nr. 2. 1935. Miesięcznik referatowy.

OCENY.

Na marginesie II tomu Patologji Ogólnej ś. p. prof. Karola Kleckiego.

W bieżącym miesiącu ukazał się na półkach księgarskich tom II. podręcznika Patologji Ogólnej, wydany z rękopisu pośmiertnego ś. p. Karola Kleckiego, profesora Patologji Ogólnej na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Wydanie tegoż tomu było najgorętszem pragnieniem i celem ostatnich lat życia zmarłego uczonego. Nie danem Mu było jednak tego dokonać. Nie odrazu również, mimo wielu usiłowań, można było przystąpić do publikacji II. tomu, jakkolwiek śmierć zaskoczyła autora w chwili, gdy tom ten był już w całości przezeń opracowany i należało oczekiwać, że wydanie dalszego ciągu

tego nowoczesnego podręcznika patologji nie natrafi na żadne przeszkody.

Dopiero zatem po usunięciu trudności związanych ze znalezieniem nakładcy udało się podjąć pracę wydawniczą. Uczynił to Komitet Redakcyjny, złożony z przyjaciół i współpracowników Zmarłego; w skład jego weszli: prof. dr. J. Latkowski, jako przewodniczący oraz PP. prof. dr. M. Gieszczykiewicz, prof. dr. J. Kostrzewski, prof. dr. J. Olbrycht, prof. dr. K. Pelczar, doc. dr. S. Skowron, dr. H. Kowarzyk, dr Z. Zakrzewski i podpisany, jako sekretarz Komitetu.

Komitet zajął się przejrzeniem rękopisu i przygotowaniem go do druku, zaopatrując nadto książkę w życiorys autora, pióra prof. Latkowskiego, oraz w niezbędne skorowidze. Druk książki rozpoczął się pod koniec r. 1932, a trwał spowodu pewnych przeszkód natury technicznej stosunkowo długo, gdyż do końca r. 1934. Komitet Redakcyjny doglądał druku dzieła i przeprowadzał jego korektę.

Podnieść należy, że podręcznik ukazuje się nakładem Bratniej Pomocy Medyków U. J., która nie ulękła się tak dużego, jak na jej skromne środki, przedsięwzięcia i ukończyła je z powodzeniem, nadając książce pod względem graficznym szatę zewnętrzną równie staranną, jak ta, jaką miał tom I., wydany w swoim czasie nakładem Polskiej Akademji Umiejętności.

Tom drugi Patologji Ogólnej zawiera szeroko ujętą naukę o odporności, o zarazkach zwierzęcych i roślinnych oraz o zapaleniu i o gorączce; w ramach ogólnej etjologji i patogenezy chorób stanowi ten tom pewną całość dla siebie i przedstawia wartościowy materjał, zarówno pod względem dydaktycznym jakoteż i źródłowym, oparty jest bowiem na wieloletnim a bogatym dorobku naukowym autora oraz na ogólnym dorobku nauki polskiej, szczegółowo w tym podręczniku uwzględnionym.

O wartości książki wypowie się niewątpliwie krytyka. Nie uprzedzając jej, można jedynie zaznaczyć, że podręcznik wypełnia lukę istniejącą w tej dziedzinie w polskiej literaturze lekarskiej i można przypuszczać, że będzie użyteczny dla słuchaczów medycyny, jak to sobie autor zamierzył, usiłując przyczynić się swą pracą do lepszego wykształcenia polskiej młodzieży lekarskiej.

Przystępna cena książki (20 zł), powinna sprzyjać jej szybkiemu rozchodzeniu się; podręcznik jest do nabycia w księgarni Bratniej Pomocy Medyków U. J., Kraków, Grzegórzecka 20 oraz w innych księgarniach.

Kończąc tę notatkę pragnę zaznaczyć, że od sposobu przyjęcia książki przez sfery profesorskie i lekarskie zależeć będzie także sprawa całkowitego ukończenia wydawnictwa, a mianowicie wydanie III. tomu dzieła. Tom trzeci bowiem, napisany przez autora w r. 1923 a obejmujący chorobotwórcze działanie wewnętrznych czynników ustrojowych, a zatem naukę o usposobieniu do chorób, dziedziczności i konstytucji patologicznej, wymagałby obecnie dokonania dalej idących uzupełnień.

Sprawa ta jest już wprawdzie rzeczą dalszej przyszłości, należałoby jednak pragnąć, aby i ona zakończyła się pomyślnie. Byłby to najtrwalszy pomnik wystawiony pamięci Zmarłego.

Dr. Stanisław Karasiński.

Sprawozdanie z drugiego tomu Patologji Ogólnej ś. p. Karola Kleckiego umieścimy w najbliższym czasie. *(Red.).*

Précis de sémiologie médicale appliquée. M. CHIRAY i P. CHÊNE. Str. 608, Ryc. 354. Masson et Cie. Paryż. 1934. Cena opr. 75 fr. (Collection de Précis médicaux).

Książka powyższa stanowi wstęp do kliniki i ma być w myśl zamierzeń autorów „brewjarzem młodego studenta". Rozmyślnie pomijają autorzy balast piśmiennictwa, przedstawiając przedmiot zwięźle i niezmiernie jasno. Pominięto celowo omawianie schorzeń rzadkich. Po krótkim wstępie, stanowiącym ogólne uwagi dla adeptów sztuki lekarskiej, podkreślono ważność wywiadów i sposób ich zbierania. W następnych rozdziałach tyczących poszczególnych narządów omówiono kolejno: a) semjologję czynnościową, b) semjologję kliniczną, c) semjologję badań dodatkowych i d) semjologję stosowaną. Niektóre rozdziały poprzedzono krótkim rysem fizjopatologji narządu. Badania dodatkowe omówione są krótko, lecz dostatecznie wyczerpująco. Szereg schematycznych rysunków bardzo udatnych ilustruje tekst utrwalając w pamięci studenta mechanizm powstania szmerów patologicznych, odruchów i t. d. Podręcznik Chiray'a i Chêne'a stanowi znakomite wprowadzenie do kliniki i powinien być polecanym szczególnie studentom wydziałów lekarskich rozpoczynającym studja kliniczne.

W. Grabowski (Lwów).

Facies dolorosa. Das schmerzensreiche Antlitz. H. KILLIAN. Lipsk, Georg Thieme. 1934. in 4⁰ (24 str. tekstu, 64 rycin). Cena 19.60 MK.

Książka składa się z dwóch części: pierwsza obejmuje kilka uwag o fizjognomji wogóle, a chorych w szczególności i objaśnienia do rycin, druga część zawiera 64 rycin. Autor słusznie zauważa, że nietylko suche fakty i cyfry należą do „historji choroby", lecz także nastrój chorego, uzewnętrzniający się w jego twarzy. Dawniejsi lekarze zanadto duże znaczenie przypisywali fizjognomji chorych, obecni znowu zanadto wpatrują się w przyrządy laboratoryjne. Celem autora jest zwrócenie większej uwagi na bezpośrednią obserwację chorego, specjalnie jego twarzy i zachęcenie do ćwiczenia się w tym kierunku. Tytuł książki niezupełnie odpowiada treści. Autor podaje tylko kilka twarzy cierpiących, typu Laokoona, pozatem w niewielkiej ilości twarze charakterystyczne dla pewnych schorzeń: krzywica, nadczynność gruczołu tarczowego, gruźlica, tężec, guz mózgu — pomijając tyle innych twarzy charakterystycznych. Większą część rycin stanowią twarze niepatognomiczne, zmienione spowodu choroby, lub narkozy. I tej grupie nie odpowiada tytuł *„facies dolorosa"*, gdyż osoby nieprzytomne i w narkozie nie cierpią. Wreszcie twarze innych chorych są obojętne, spokojne, niezmienione pod wpływem choroby — więc znowu niecierpiące. Według treści tytuł powinien brzmieć: twarze niektórych chorych z Klin. Chir. w Lipsku. Objaśnienia do rycin ogólnikowe, bardzo skąpe. Brak bibljografji. — Druga część obejmuje wzorowe reprodukcje artystycznych zdjęć fotograficznych w liczbie 64. Szkoda, że autor, mając do dyspozycji wprost idealne środki techniczne tak ogólnikowo opracował i przedstawił twarze tylko 49 chorych z Klin. Chirurg. Książka ma tę dodatnią stronę, że zwraca uwagę lekarza bezpośrednio na chorego, na jego twarz, przeciwstawiając się powodzi prób laboratoryjnych o znikomem znaczeniu i trwaniu, całym szacunkiem obdarzając rzetelne badania przedmiotowe.

H. Długosz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Tularemja („deer fly fever"). C. N. KAVANAUGH. Arch. of intern. med. 55, 61. 1935.

Pierwsze przypadki tularemji opisał w roku 1911 Mc. Coy u wiewiórek kalifornijskich i w rok później odkrył zarazka tej choroby i nazwał go *Bacterium tularense* (Tulare, miejscowość w Kalifornji, gdzie dokonał Mc. Coy odkrycia). W krótki czas potem opisało kilku autorów amerykańskich prawie równocześnie pierwsze przypadki tularemji u ludzi. Od tego czasu upłynęło dwadzieścia lat, w ciągu których pojawiło się szereg prac i dzieł o tularemji; jest to przedewszystkiem choroba gryzoniów (dziko żyjące króliki, wiewiórki), wśród których rozprzestrzeniają się muchy i kleszcze *(Stomoxys calcitrans, Dermacentor Andersoni Stiles, Dermacentor variabilis, Dermacentor occidentalis* Newmann); za pośrednictwem much i kleszczów przenoszą się zarazki tularemji na zwierzęta domowe i ludzi. Najczęściej zapadają oczywiście ludzie stykający się ze zwierzętami choremi, a więc głównie hodowcy. Doniedawna uważano tularemję za chorobę specyficznie amerykańską, w ostatnich jednak latach stwierdzono ją również w Japonji, Rosji i w państwach skandynawskich.

Spostrzeżenia Kavanaugha obejmują 123 przypadków tularemji u ludzi, w tem 5 śmiertelnych (4%). 104 przypadków dotyczy hodowców lub ludzi zajętych przy zdzieraniu futerek z dzikich królików, w jednym przypadku było powodem zakażenia ukąszenie przez muchę *Stomoxys calcitrans*, w jednym przypadku ukąszenie przez królika, w jednym ugryzienie przez dydelfa, u jednego z ludzi nastąpiło zakażenie przy zdejmowaniu kleszczów z psa. Czas inkubacji wynosił u większości zakażonych dokładnie cztery i pół dnia. Zależnie od umiejscowienia pierwszych zmian chorobowych rozróżnia Kavanaugh trzy typy tularemji.

1. Pierwotna tularemja skóry (102 przypadków): na skórze tworzy się grudka, która później wrzodzieje; jednocześnie obrzękają gruczoły regionalne.

2. Pierwotna tularemja oczu (6 przypadków): *Coniunctivitis* z obrzękiem i zaczerwienieniem spojówki powiekowej, silnym bólem i światłowstrętem. Późniejszą zmianę bardzo charakterystyczną stanowią żółte guzki o średnicy 1 do 6 mm, umiejsco-

wione gęsto na obrzękłej spojówce powiekowej; gruczoły preaurikularne powiększone.

3. Formy kryptogeniczne (9 przypadków), wywołane przez *bact. tularense*, ale bez jakichkolwiek zewnętrznych zmian na skórze lub błonach śluzowych; zdarzają się najczęściej u pracowników naukowych zajętych badaniem bakterjologicznem.

Mimo różnego początku przebiega tularemja dalej we wszystkich przypadkach podobnie: bóle głowy, nudności, osłabienie, bóle w krzyżach i w kończynach, gorączka. W czwartym lub piątym dniu choroby wypada dodatnio śródskórna próba Foshaya, w drugim tygodniu choroby można stwierdzić obecność *bact. tularense* we krwi, a surowica chorego uzyskuje zdolność aglutynowania *bact. tularense*. W lżejszych przypadkach poprawia się stan chorego już w drugim, a najdalej w trzecim tygodniu, w cięższych przypadkach choroba przewleka się, i o ile dołączą się powikłania, może się zakończyć śmiertelnie. Najgroźniejszem powikłaniem jest zapalenie płuc; w tych przypadkach stwierdzono *bact. tularense* w plwocinie, a przy badaniu posekcyjnem w tkance płucnej. Inne powikłanie, na szczęście rzadkie (1 przyp.) stanowi zanik nerwu wzrokowego i utrata wzroku, jeszcze inne *pericarditis* lub *pleuritis* z charakterystycznym wysiękiem żółtym, włóknisto-ropnym.

Leczenie tularemji doniedawna czysto symptomatyczne (odkażanie i opatrywanie miejsc wrzodziejących) wkroczyło ostatnio na właściwą drogę terapji specyficznej w postaci zastrzyków dożylnych *„serum antitularense"*. Szczepienia ochronne, chociaż zupełnie pewne, nie mogą być narazie stosowane na szerszą skalę, a często byłyby zbyteczne, gdyby hodowcy nie zaniedbywali zwyczaju chronienia rąk rękawiczkami przy stykaniu się ze zwierzętami. *T. Mann* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Wpływ wyciągów z gruczołów dokrewnych na tworzenie ziarniny i epitelizację. A. KOZDOBA. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 20. 1934 r.

Obserwacje autora wykazały, że zwiększenie lub zmniejszenie inkretów gruczołów dokrewnych przyspiesza lub zwalnia gojenie się rany. Opierając się również na doświadczeniach Eppingera i Hoffera nad dodatniem działaniem miejscowem wyciągów tarczycy na atoniczną ziarninę — autor przeprowadzał szereg doświadczeń na psach, stosując miejscowo inkrety gruczołów dokrewnych i obserwował gojenie się rany. Na ranę umieszczał warstwę gazy przepojoną wyciągiem odpowiedniego gruczołu dokrewnego.

Wnioski: wyciągi z gruczołów dokrewnych (nadnerczy, tarczycy, gruczołów płciowych, trzustki (insulina), wątroby, śledziony) — stosowane miejscowo przyspieszają gojenie się rany z ziarniną atoniczną o 2—14 dni w porównaniu z gojeniem się rany u zwierząt kontrolnych. Najbardziej czynną okazała się przytem insulina. Jaki jest mechanizm działania miejscowego inkretów, trudno powiedzieć. Prawdopodobnie zwiększa się aktywność wszystkich procesów organizmu nietylko w ranie ale również ogólna. Działanie inkretów na mikroorganizmy chorobotwórcze w ranie zakażonej nie zostało dotychczas zbadane. *M. Segal* (Lwów).

Zmiany w jajnikach ciężarnych kobiet i królic jako wyraz autoreakcji Aschheima i Zondeka. J. ROSENBLAT i F. NATAN. Rev. Fr. de Gyn. Z. 8. 1934.

Autorzy obserwowali podczas laparotomji jajniki kobiet operowanych spowodu ciąży pozamacicznej i znaleźli we wszystkich przypadkach powiększenie się jajnika oraz wylewy krwawe w pęcherzyku Graafa. Ponieważ badanie mikroskopowe w tych przypadkach nie mogło być wykonane, starano się wyświetlić tę sprawę przy pomocy badań na zwierzętach. Najodpowiedniejszemi okazały się młode ciężarne królice. Badanie mikroskopowe jajników wykazywało znaczne rozszerzenie naczyń, wylewy krwawe w pęcherzykach i w pozostałym miąższu jajnika, zmniejszenie się ilości pęcherzyków, z których część prócz wylewów krwawych wykazywała również zmiany wsteczne i nadmierne bujanie tkanki łącznej wokoło pęcherzyków. Zmiany powyższe odpowiadały w zupełności zmianom wywołanym przez wstrzyknięcie moczu osób ciężarnych. Aby się upewnić, że zmiany te są zależne jedynie od ciąży, autorzy przeprowadzali ponowne badania każdej królicy, trzymanej przez 4—6 tygodni po porodzie w odosobnieniu, celem uniknięcia powtórnego zapłodnienia i badali mikroskopowo 2-gi jajnik. Brak jakichkolwiek z wyżej przytoczonych zmian wskazywał na to, że są one przejściowo związane tylko z ciążą i zależne są od obecności hormonów we krwi. *H. Newlińska* (Lwów).

Porody lecznicze. A. OSTRCIL. Rev. Fr. de Gyn. Z. 7. 1934.

Celem skrócenia porodu autor wywołuje u rodzących stan pół-snu zapomocą czopków z metralginą (aneson, dormiral, diolan, *isocain. hydrochl.*, adrenalina i chinina). Odpowiednim momentem do stosowania metralginy jest 2 połowa I okresu, t. j. gdy część pochwowa już zanikła a ujście zaczyna się rozwierać. Stosuje się 3 czopki u pierwiastek, u wieloródek zaś 2 w odstępach 30 min. Przy ujściu na 2 palce należy przebić pęcherz i rozszerzyć palcami ujście. O ile chcemy jeszcze poród przyspieszyć, można wstrzyknąć 1—2 krople pitocyny dożylnie. Stosowanie metralginy jest o tyle lepsze od innych środków j. np. pernokton, awertyna, że rodzącą można łatwo obudzić w okresie wydalania płodu. Znieczulenie to wystarcza również, aby w razie potrzeby zeszyć krocze lub wykonać jakiś inny drobny zabieg. W razie zabiegu operacyjnego taki półsen ułatwia w dużej mierze ogólne uśpienie, gdyż kilka kropel eteru wystarcza, aby rodząca zachowywała się zupełnie spokojnie. Działanie metralginy trwa około 6 godz. 45 min. od chwili stosowania 1 czopka. Poród trwa przeciętnie od przebicia pęcherza u pierwiastek 3 godz. 30 min., u wieloródek — 1 godz. Ujemnych wpływów na matkę i na dziecko nie stwierdzono. *H. Newlińska* (Lwów).

Śmiertelny zator powietrzny po przedmuchaniu trąbek. O. MANSFELD. A. DUDITS. Zbl. f. Gyn. Nr. 36. 1934.

U pacjentki 37 letniej wykonano przedmuchanie trąbek, poczem nastąpił nagły zapad i zejście śmiertelne w ciągu 2 minut. Badanie sekcyjne wykazało rozpad i zmiany serowate w endometrjum pochodzenia gruźliczego. Wobec zmniejszonej odporności endometrjum powietrze przedostało się do żył, przez krążenie małe do lewej komory, tętnicy głównej i wreszcie do naczyń wieńcowych. Śmierć nastąpiła wskutek nagłego zatoru powietrznego tętnic wieńcowych. A. zwraca uwagę na konieczność używania do przedmuchania strzykawek kalibrowanych zamiast balonów gumowych. Stwierdzono, że pojemność balonów gumowych jest bardzo zmienna i waha się od 50—200 cm³ w zależności od wielkości balonu, twardości i elastyczności gumy. Pojemność balonu użytego przez a. wynosiła 190 cm³. A. jest zdania, że mniejsza ilość powietrza nie spowodowałaby zejścia śmiertelnego. *M. Segal* (Lwów).

Rokowanie przy raku części pochwowej u osób młodych. A. FROMMOLT i K. WENINGER. Zbl. f. Gyn. Nr. 35. 1934.

Przy raku części pochwowej u osób młodych poniżej lat 30 rokowanie jest mniej korzystne w porównaniu z kobietami staremi. Leczenie operacyjne raka części pochwowej u kobiet młodych wydaje się korzystniejsze aniżeli naświetlanie. Przemawia za tem doświadczenie autora w ciągu lat ostatnich, gdyż miał zawód, stosując rad w przypadkach pierwotnie korzystnych, natomiast dobre wyniki po operacji Wertheima. Czy należy operować drogą brzuszną czy przez pochwę, nie może się a. wypowiedzieć, gdyż czas obserwacji jest jeszcze zbyt krótki. Ma jednak wrażenie, że lepiej operować drogą brzuszną. Przy wyborze metody postępowania nie należy bardzo liczyć się z życzeniem pacjentki co do zachowania możności spółkowania, gdyż naświetlanie daje zbyt niekorzystne wyniki.

Operacja Wertheima jest zalecona specjalnie u osób młodych, gdyż ze względu na konstytucję znoszą one tak ciężki zabieg lepiej aniżeli kobiety stare. Pozatem następstwa operacji Wertheima nie stwarzają tak znacznych przeszkód przy spółkowaniu jak radykalna operacja pochwowa.

Na swoim materjale a. nie stwierdza zwiększenia się ilości przypadków raka części pochwowej w ostatnich latach. *M. Segal* (Lwów).

Studja nad amoniakiem w rzucawce porodowej. BOTELLA LLUSIA. Zbl. f. Gyn. Nr. 30. 1934.

W ciąży zaznacza się lekka hiperamonja, zwiększająca się w okresie przedrzucawkowym, a jeszcze znaczniej w rzucawce porodowej, osiągając najwyższe nasilenie w chwili napadu. Po rozwiązaniu obniża się ilość amoniaku, a ilość mocznika wzrasta do normy. Przy rzucawce w połogu wartości te nie ulegają zmianie, dopóki nie ustaną napady.

W ciąży stwierdza się przekwaszenie bardziej wyraźne w preeklampsi i eklampsji. Przyczyna hiperamonji leży w zaburzeniu czynności wątroby. Prawdopodobnie nie istnieje zatrzymanie amoniaku przez nerki. Amoniak w nadmiarze przechodzi do krążenia płodowego i przez płód zostaje przekształcony w mocznik. Łożysko nie bierze udziału w przemianie amoniaku w krążeniu płodowem. Prawdopodobnie nie ma również większego znaczenia w wytworzeniu amoniaku. Ponieważ w chwili napadu amoniak znajduje się w znacznej koncentracji we krwi i płynie

mózgowo-rdzeniowym, możemy przypuszczać, że występowanie drgawek jest następstwem trującego działania amoniaku. Inne objawy rzucawki porodowej prawdopodobnie nie zależą od obecności amoniaku. *M. Segal* (Lwów).

Nowe drogi w leczeniu rzęsistka pochwowego. A. HOCHLOFF. Zbl. f. Gyn. Nr. 30. 1934.

Leczenie polega na codziennem wycieraniu błony śluzowej pochwy wacikami umoczonemi w nasyconym roztworze kwasu mlecznego w eterze. Z ogólnej liczby 300 przypadków rzęsistka pochwowego *(trichomanas vaginalis)* stosowano tę metodę w 60 przypadkach patologicznych i już po 1—2 dniach stwierdzono zmniejszenie wydzieliny, ustąpienie pieczenia i swędzenia sromu, w kilku przypadkach działanie odwaniające. Po 2—3 krotnem wycieraniu — rzęsistka pochwowego nie znaleziono w wydzielinie. W innych przypadkach wycieranie powtarzano 4—6—10—15 razy. U 55 pacjentek wykonano badanie kontrolne po 3—5 miesiącach. Rzęsistka pochwowego nie wykryto.

M. Segal (Lwów).

Klinika i leczenie przetok moczowodowo-pochwowych. J. MICHELSON. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 18. 1934.

Przetoki moczowodowo-pochwowe stwierdza się rzadziej w porównaniu z innemi przetokami moczowodowemi. Najbardziej charakterystycznym objawem przetok m.-p. jest mimowolne oddawanie moczu przez pochwę a jednocześnie prawidłowe oddawanie moczu *per vias naturales* w przeciwstawieniu do przetok pęcherzowych. Przetoki m.-p., jak również inne postacie przetok moczowodowo-płciowych spotykane są najczęściej u pierwiastek z ścieśnioną miednicą.

Warunkiem koniecznym celowego leczenia przetoki m.-p. jest dokładne umiejscowienie przetoki i stwierdzenie, czy nastąpiło tylko uszkodzenie ściany moczowodu czy też całkowite poprzeczne przedarcie. Sposób postępowania zależny jest od tego, czy mocz wydalany z przetoki jest jałowy czy zakażony; przy moczu zakażonym ważnem jest stwierdzenie, czy istnieje tylko zapalenie cewki moczowej czy także zapalenie miedniczki lub miedniczki i nerki.

Przy nerce zdrowej natychmiastowa interwencja chirurgiczna nie jest konieczna. Często odkażenie pęcherza i pochwy wystarcza, aby przetoka zagoiła się samoistnie. Przy długotrwałej przetoce jednak utrata odpowiedniej nerki jest nieunikniona.

Metoda operacyjna brzuszna polega na odpreparowaniu moczowodu i wszczepieniu go do pęcherza moczowego. Metoda pochwowa polega na odświeżeniu brzegów przetoki, wytworzeniu sztucznego otworu w pęcherzu moczowym tuż obok przetoki i zeszyciu brzegów odświeżonych powierzchni w ten sposób, że tworzy się bezpośrednia komunikacja między moczowodem i pęcherzem moczowym. W przypadkach daleko posuniętego zakażenia z następowem zapaleniem miedniczki i nerki i roponerczem — wycięcie nerki jest metodą najlepszą *M. Segal* (Lwów).

O rozpoznawaniu płci płodu w łonie matki. L. GERHARDT i B. POPIELSKI. Ginek. Pol. T. XIII, z. VII—IX.

Autorowie wykonali swoje doświadczenia w myśl wskazówek autorów amerykańskich Dorna i Sugarmana, którzy pracując nad ulepszeniem próby ciążowej A-Z spostrzegli przypadkowo, że jądra królików, którym wstrzyknięto mocz kobiet ciężarnych, wykazują zmiany zależnie od płci płodu zawartego w łonie matki, od której mocz pochodził.

Autorowie wstrzykiwali mocz ciężarnych męskim płciowo niedojrzałym królikom, znajdującym się w okresie zstępowania jąder. Makroskopowe badania jąder królików wypadły ujemnie i nie dały żadnych wniosków co do płci płodu, wbrew twierdzeniom autorów amerykańskich. W obrazie mikroskopowym jąder królika stwierdzono natomiast w przypadkach, w których urodziły się córki, znamiona świadczące o przyspieszonem dojrzewaniu płciowem tych jąder: znaczniejszy rozrost miąższu gruczołowego, natomiast tkanka podścieliskowa ustępowała na plan dalszy. W przypadkach zaś, w których urodziły się płody męskie, zaznaczał się znaczniejszy rozrost tkanki łącznej podścieliskowej, która uciskając miąższ gruczołowy powodowała jakgdyby jego zanik.

Opisane różnice są jednak zbyt subtelne i jakkolwiek sprawa ta jest interesująca ze stanowiska naukowego, wymaga jeszcze dalszych badań i zdaniem autorów nie nadaje się jeszcze do zastosowania w praktyce. *M. Segal* (Lwów).

Operacja Kakuszkina w przypadkach tyłozgięcia macicy. K. BOCHEŃSKI. Ginek. Pol. T. XIII, z. VII—IX.

Operacja Kakuszkina polega na wykonaniu cięcia poprzecznego na przedniej ścianie macicy w okolicy ruchomej otrzewnej; zsunięcie pęcherza moczowego wraz z otrzewną ku dołowi. Przyszycie brzegu otrzewnej z pęcherza zapomocą 3—4 szwów węzełkowych do tylnej ściany trzonu macicy w połowie wysokości pomiędzy dnem a ujściem wewnętrznem. Operacja może być wykonana przez pochwę i drogą laparotomji.

Autor wykonał operację w kilku przypadkach; nie wydając ostatecznej opinji o wartości tego zabiegu, która ujawni się dopiero później po przekonaniu się, jak przebiegać będzie ciąża i poród, autor zwraca uwagę na tę metodę i zaleca jej wypróbowanie. *M. Segal* (Lwów).

Postępowanie w przypadkach podwójnej wady rozwojowej macicy. H. WÓJCICKI. Ginek. Pol. T. XIII, z. VII—IX.

W przypadkach ciąży z podwójną wadą rozwojową macicy zdarza się, że za prawidłową macicą z boku stwierdza się guz, który bywa rozpoznawany jako guz jajnika lub ciąża pozamaciczna. Po otwarciu jamy brzusznej można stwierdzić, że guz ten jest ciężarnym rogiem macicy podwójnej lub dwurożnej. W tych przypadkach zaleca autor wstrzyknięcie dożylne 1—2 jednostek Voegtlina wyciągu tylnego płatu przysadki. Natychmiastowe kurczenie się guza przemawia za macicą ciężarną (Siegmund). Wstrzyknięcie dożylne hipofizyny nie wywiera żadnego szkodliwego działania na przebieg ciąży, powodując jedynie skurcz macicy, przerywający ciążę tylko w przypadkach ciąży przenoszonej.

W jednym z 5 przypadków autora lekarz wykonał celem przerwania ciąży 3- mies. skrobankę w jednym z rogów. Prawdopodobnie wyskrobany był nieciężarny róg macicy obok istniejącej ciąży w rogu drugim. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie poronienia nawykowego. G. SCHWARZ. Zbl. f. Gyn. Nr. 36. 1934.

Przypadki poronienia nawykowego, w których przyczyna poronienia została ustalona, są rzadkie. Zazwyczaj w takich przypadkach wykonane kilkakrotnie badanie krwi na odczyn WaR wypada ujemnie. Zdaniem autora należy w takich przypadkach myśleć o kile utajonej, gdyż w piśmiennictwie ogłoszone zostały przypadki porodu dziecka o cechach niewątpliwie kiłowych, natomiast WaR w ciąży kilkakrotnie wypadał ujemnie.

W jednym przypadku autora pacjentka przebyła dwa porody, dzieci nieżywe. WaR u małżonków kilkakrotnie wykonany wypadał ujemnie, również po prowokacji. Poszukiwanie krętków we krwi z naczyń pępowiny i w preparatach narządów wewnętrznych barwionych metodą Levaditiego wypadło ujemnie, dopiero w preparacie wątroby wykryto bardzo liczne krętki.

W drugim wypadku — 6 poronień w 3—4 mies. i jeden poród przedwczesny w VII mies. ciąży. Ponieważ wszystkie dotychczasowe usiłowania zachowania ciąży zawiodły (skrobanka, kuracja wątrobowa, witaminowa, środki wzmacniające, leżenie w łóżku w pierwszych miesiącach ciąży) — autor rozpoczął leczenie salwarsanem pomimo braku jakichkolwiek konkretnych danych przemawiających za kiłą. Kuracja rozpoczęta w III mies. trwała do IX mies. i składała się z 8 inj. salwarsanu po 0,3—0,45 i 12 inj. bizmogenolu po 1 g domięśniowo. Pacjentka donosiła ciążę i urodziła naczasie dziecko żywe, donoszone, które się dobrze rozwija. Podobny przebieg miał również inny przypadek autora.

W przypadkach poronienia nawykowego opornych na wszelkie sposoby leczenia radzi autor na podstawie empirycznie uzyskanych wyników — stosowanie leczenia swoistego (salwarsan, bizmut). W odróżnieniu od leczenia swoistego przy kile, kuracja winna być rozłożona na cały czas trwania ciąży do conajmniej czwartego tygodnia przed spodziewanym porodem.

M. Segal (Lwów).

Sztuczne wytwarzanie pochwy z jelita grubego (8 przypadków). MANDELSTAMM. Zbl. f. Gyn. Nr. 4. 1934.

Metoda operacyjna autora jest zmodyfikowaną metodą Popowa, polega na uwolnieniu od otoczenia kiszki grubej a po uruchomieniu jej na natychmiastowem wszyciu w *introitus vaginae*, i dopiero wtedy na przecięciu kiszki.

Metoda ta nie przedstawia technicznych trudności, jest łatwiejszą technicznie niż metoda Schuberta, czas operacji około 1 godziny.

Chorą należy przygotować dietą i przepłókiwaniem kiszki płynami alkalizującemi, a przy zachowaniu aseptyki operacja nie jest groźną dla życia, daje rany gojące się *per primam*, co zaś najważniejsze, rezultaty operacji są nietylko doraźnie znakomite, lecz i trwałe. *T. Gizowski* (Lwów).

Niedrożność jelit i ciąża. T. JOFFE. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95, z. 4—5.

Niedrożność jelit w ciąży zdarza się rzadko. Autor opisuje ciężki przypadek skrętu jelita czczego i esicy u ciężarnej pod koniec ciąży. Skręt ten uwarunkowany był chorobą Hirschsprunga, a bezpośrednią przyczyną powstania skrętu była ciężka praca fizyczna. Choroba spowodowała poród przedwczesny płodu asfiktycznego, który zmarł w niedługim czasie. Chora wkrótce po porodzie również zmarła tak, że nie było czasu wykonać projektowanej laparotomji.

Wkońcu autor rozpatruje rodzaje niedrożności jelit, ich przyczynę, oraz leczenie. Co do leczenia, to obecnie prawie wszyscy operatorzy stoją na stanowisku, że w przypadkach skrętu jelit, a nawet przy najmniejszem podejrzeniu na to powikłanie, należy bezzwłocznie przystąpić do otwarcia jamy brzusznej, a nie wyczekiwać porodu siłami natury. Nie należy również przed operacją kończyć porodu drogą pochwową. Dzięki szybszej decyzji na operację wysoka śmiertelność w ostrej niedrożności jelit u ciężarnych i rodzących w nowszych czasach znacznie zmalała w porównaniu z dawniejszemi wykazami, aczkolwiek wciąż jeszcze jest bardzo wysoka. *J. Lenczowski* (Lwów).

Rozwój i sprawność histeroskopji. C. SCHROEDER. Arch. f. Gyn. T. 156, z. 3.

Trudna technika i wadliwa budowa dotychczasowych przyrządów stały na przeszkodzie szerszemu zastosowaniu histeroskopji, tak niezbędnej — zdaniem autora — dla każdego ginekologa. Autor podaje skonstruowany przez siebie histeroskop, który ma usunąć wszystkie wady dotychczas podawanych przyrządów. Konstrukcja polega na zastosowaniu odpowiedniego urządzenia optycznego, pozwalającego na oglądanie całego wnętrza macicy. Wielkiem udogodnieniem jest wypełnienie macicy wodą jałową, która nawet przy dość znacznem ciśnieniu nie przedostaje się do ujść trąbek a rozszerza macicę tak znacznie, że można przyrządem w jej wnętrzu swobodnie manipulować. Autor podaje cały szereg zdjęć naturalnych, które pozwalają na rozpoznanie okresowych zmian żywej błony śluzowej macicy, jakoteż ujść macicznych trąbek w różnych okresach cyklu miesiączkowego. Próby autora wewnątrzmacicznej elektrokoagulacji ujść trąbek wypadły ujemnie, co autor tłumaczy bardzo znaczną siłą regeneracji nabłonka trąbek. Wątpi dlatego, by w ten sposób udało się wywołać niedrożność trąbek w celu sterylizacji kobiety.

Wkońcu omawia autor wskazania do histeroskopji, która zdaniem jego ma zastąpić badanie palcem wnętrza macicy i prześwietlanie. *K. B.* (Lwów).

Krytyczne uwagi o zmianach tętna płodu w czasie wstąpienia główki do miednicy ścieśnionej ze szczególnem uwzględnieniem skutku tego wstąpienia. KLAAS DIERKS. Arch. f. Gyn. T. 154, z. 1.

Materjał położniczy uniwersyteckiej kliniki w Jenie za lata 1925—1931 wykazuje 30,8% miednic nienormalnych. Słuszność zachowawczego i wyczekującego prowadzenia porodu zostaje na nowo potwierdzona na podstawie powyższego materjału. Zabieg Kristellera poleca autor bardzo gorąco. Przy należytem wskazaniu i odpowiednich warunkach zabieg ten bardzo często skutecznie zastępuje kleszcze niskie. Spostrzeżenia autora potwierdzają istnienie objawu Gaussa, t. zw. skutku wstąpienia *(Eintrittseffekt)*. (Objaw ten polega na zmianie częstości tętna płodu a mianowicie na naglem zwolnieniu poniżej 100 uderzeń na minutę, a czasem na przyspieszeniu powyżej 160 w chwili, gdy pozostająca dłuższy czas ponad wchodem główka stosunkowo szybko jakby za jednem popchnięciem wstępuje do miednicy). Na 165 porodów z miednicą ścieśnioną zaobserwowano objaw ten 34 razy (4,44%). W obliczeniu w stosunku do wszystkich porodów klinicznych w latach 1925—1931 w liczbie 3.965, częstość tego objawu wynosi 0,857% (1 : 116,6). Nie należy przeceniać praktycznego znaczenia tego objawu dla wyniku porodu, zdaniem autora bowiem niema wcale konieczności rozszerzenia wskazań dla operacyjnego ukończenia porodu spowodu istnienia owego objawu. *K. B.* (Lwów).

Pierwiastki w 5. dziesięcioleciu. J. v. KHRENINGER - GUGGENBERGER i E. LENTENMAYER. Arch. f. Gyn. T. 154, z. 3.

Materjał opracowany przez autorów pochodzi z kliniki monachijskiej i obejmuje 77.906 porodów w czasie ostatnich 30 lat. Pierwiastek powyżej 40 lat w materjale tym było 151 (0,194%). Co do tych ostatnich zestawienie autorów wykazuje, co następuje: Od 2-go roku wojny ilość pierwiastek starszych ponad 40 lat stale wzrastała. Ścieśnienia miednicy zdarzają się u nich częściej, co wspólnie z wiekiem pogarsza znacznie rokowanie w czasie porodu. Schorzenia serca w tym wieku stanowią poważne niebezpieczeństwo dla życia. Choroby nerek nie zdarzają się u tych osób częściej aniżeli u pierwiastek między 30—40 rokiem życia. Drgawek porodowych nie obserwowano. Poród przedwczesny zanotowano u co 6 osoby. Z wiekiem coraz mniej ich rodziło naczasie. Położenia płodu nieprawidłowe nie spotyka się częściej jak u pierwiastek między 28—40 r. ż. Poród nie trwa dłużej niż jeden dzień, w każdym 27 dłużej aniżeli 2 dni. Nie można było rozstrzygnąć, czy pierwszy lub drugi okres porodowy trwał dłużej, spowodu często zdarzającego się przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, bo prawie u każdej 3 rodzącej. Nieprawidłowości bólów porodowych nie zdarzają sie bardzo często, lecz nieczęściej jak u pierwiastek w wieku m. 30—40 r. ż. Prawie co 3 rodząca była rozwiązana operacyjnie, każda 6 przy pomocy operacji kleszczowej. Niebezpieczeństwo dla życia dziecka jest tem większe, im matka jest starsza. Prawie co 6 dziecko rodziło się nieżywe.

Śmiertelność po cięciu cesarskiem u pierwiastek w 5 dziesięcioleciu jest bardzo wielka (około 40%), dlatego winno się w razie potrzeby rozwiązywać innemi sposobami. *K. B.* (Lwów).

Samoistne przebicie macicy przez zaśniad groniasty niszczący. T. GIZOWSKI. Ginek. Pol. T. XIII. Z. IV—VI.

Przypadek przeżarcia mięśnia macicy przez zaśniad groniasty w czwartym miesiącu ciąży. Autor omawia etjologię tego schorzenia i postępowanie lecznicze, które w opisanym przypadku polegało na całkowitem usunięciu macicy wraz z przydatkami. *M. Segal* (Lwów).

Krwawienia okresowe kobiet operacyjnie wytrzebionych po doustnem podaniu hormonów. E. TERRUHN. Zbl. f. Gyn. Nr. 34. 1934.

Autor opisuje doświadczenia, w których podaniem względnie małych dawek hormonów uzyskanych wprost z przedniego płatu przysadki mózgowej (30 g świeżej substancji), wywołano przygotowawcze stadjum proliferacyjne. U dwu zaś operacyjnie wytrzebionych kobiet z trwającym miesiącami i latami brakiem miesiączki i wszelkiemi ciężkiemi objawami wypadnięcia funkcji jajników po doustnem podaniu *Tenuigen forte,* wyciągu hormonalnego z całego przedniego płatu przysadki mózgowej i hormonu jajnikowego *(Citrovario — glandosan)* wystąpiły krwawienia miesięczne i ustąpiły raptownie wszelkie zaburzenia. Największe znaczenie ma tu fakt, że kuracja ta w stosunku do innych sposobów leczenia jest nieporównanie tańsza.

M. Dubicki (Lwów).

Monografja „Gruźlica Chirurgiczna" zainteresuje każdego lekarza praktyka, nietylko chirurga, gdyż ujęta jest w sposób bardzo celowy, uwypuklający te działy gruźlicy, które ze względu na częstość występowania, czy też społeczne znaczenie górują nad innemi postaciami gruźlicy.

Dział gruźlicy kostno-stawowej jest opracowany szczególnie wyczerpująco z uwypukleniem najnowszych poglądów na powstawanie, rozpoznanie, rokowanie i leczenie tej postaci gruźlicy.

Sieniawski.

Gruźlica górnych dróg oddechowych i ucha. T. WĄSOWSKI. Wilno. Str. VI + 82.

Nakładem Wileńskiego Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego wyszła ta książka, stanowiąca krótki rys zmian gruźliczych górnych dród oddechowych i ucha. Książka nie jest napisana dla specjalistów, ma ona za zadanie ułatwić lekarzowi praktykowi zorjentowanie się w zawiłym obrazie i ułatwić mu skierowanie chorego do właściwego miejsca leczenia. Dwie barwne tablice i 51 rysunków ułatwiają zrozumienie tekstu.

Dr. Zalewski (Lwów).

Błędy rozpoznawcze przy przedmuchiwaniu trąbek. HEINZ KUESTNER. Zbl. f. Gyn. Nr. 36. 1934.

Autor stwierdza, że w ostatnich czasach wzrosła liczba pacjentek zgłaszających się o poradę spowodu niepłodności. Są to pacjentki przeważnie już niebardzo młode, od dłuższego czasu zamężne.

W 2 przypadkach niepłodności wykonano przedmuchanie trąbek; w obu przypadkach manometr wykazywał spadek ciśnienia po uprzedniem wzniesieniu, słyszalny był szmer powietrza, wobec czego trąbki uznano za drożne. Wobec utrzymującej się w ciągu 8 lat niepłodności wykonano w pierwszym przypadku powtórne przedmuchanie również z wynikiem przemawiającym za drożnością trąbek; jednak spowodu stwierdzenia torbieli jajnikowej wykonano w 48 godzin po przedmuchaniu laparotomję i stwierdzono, że trąbki są niedrożne, ujścia brzuszne trąbek

zamknięte, trąbki rozdęte, wypełnione pęcherzem powietrznym. Usunięto przydatki po jednej stronie, wykonano tubostomję po stronie przeciwnej. W drugim przypadku w 72 godziny po przedmuchaniu z wynikiem dodatnim wykonano również laparotomję spowodu zmian torbielowatych jajnika po stronie prawej. W czasie laparotomji stwierdzono niedrożność obu trąbek. Wykonano adneksotomję po stronie prawej i tubostomję po stronie lewej.

Wysokość ciśnienia, łatwość wdmuchania powietrza, szmery słyszalne przy przedmuchaniu — nie dowodzą, że trąbki są drożne. Jeżeli przez wąską rurkę będziemy wdmuchiwali powietrze do przestrzeni zamkniętej o ścianach podatnych, zawierającej płyn, wówczas powietrze miesza się z płynem i powoduje szmer. Wobec tego szmer słyszalny przy przedmuchaniu świadczy tylko o tem, że powietrze z macicy przez cieśń przedostaje się do trąbek, a nie jest pewnym dowodem, że przedostaje się z trąbek do jamy brzusznej. Szmer możemy słyszeć nawet przy zamkniętych końcach brzusznych trąbek, o ile tylko istnieje komunikacja pomiędzy macicą i trąbką.

A. przyznaje, że w obu przypadkach przeoczył ważny objaw występujący stale, o ile trąbki są drożne, a mianowicie bóle pod łukami żebrowemi promieniujące do łopatek, a występujące następnego dnia po przedmuchaniu. Bóle te są najważniejszym objawem przemawiającym za drożnością trąbek.

M. Segal (Lwów).

Brak miesiączki a diagnostyka biologiczna ciąży. J. L. WODON. Rev. Franc. Gyn. Obst. Nr. 9. 1934.

Ponieważ w czasie samoistnego lub sztucznego braku miesiączki przy nieistniejącej ciąży znajdują się w moczu badanych ciała, mogące powodować krwawienia pęcherzykowe u królicy, może zarówno odczyn Aschheima-Zondeka jak i Friedmanna wypaść mylnie t. zn. dodatnio przy braku ciąży. Celem uniknięcia tej niemiłej omyłki radzi autor wstrzykiwać mocz badanej równocześnie dwom królikom, jednemu 15 cm³, drugiemu 5 cm³. Ciążę można rozpoznać tylko wtedy, gdy odczyn dodatni stwierdzi się u obu zwierząt. *A. Abdański* (Krzemieniec).

O leczeniu posocznicy połogowej. N. MARKOFF. Rev. Franc. de Gyn. Nr. 9. 1934.

Po rozważeniu zarzutów, stawianych przez Kapluna, Malinowskiego, Jurjewskiego, Aleksiejewa i in. leczeniu posocznic połogowych wlewaniem roztworów alkoholowych i uwzględnieniu propozycji Zondeka i Gruenfelda, poleca autor następujący sposób leczenia: chorej przetacza się bezpośrednio po przyjęciu jej na oddział 300—500 cm³ krwi i wstrzykuje pod skórę 2 g oleju terpentynowego celem wywołania ropnia terpentynowego. Przy braku odczynu powtarza się zastrzyk po 2 dniach w ilości 3 cm³ lub przy dalszym braku odczynu w ilości 5 cm³. W 1—3 dni po przetoczeniu krwi stosuje się wlewanie dożylne 500—700 g mięszaniny 2½% roztw. alkoholu i 5% cukru. Wlewanie należy powtórzyć niekiedy 3—6 razy, a w przerwach stosować kroplówki z 20 g alkoholu na 200 g wody. Przetoczenia krwi należy wykonać raz, gdyż chore posocznicowe znoszą źle przetaczanie powtórne. *A. Abdański* (Krzemieniec).

Zabiegi operacyjne i miesiączka. A. FARÈS. Progrès Méd. Nr. 51. 1934.

Autor opisuje 4 przypadki, w których po zabiegu operacyjnym, wykonanym na krótko przed zjawieniem się miesiączki, wystąpił z początkiem okresu miesiączkowego krwotok następowy z rany pooperacyjnej.

Miesiączka jest według autora jedynie względnem przeciwwskazaniem dla wykonywania operacji w jej okresie, a wogóle nie powinna być brana pod uwagę w przypadkach wymagających zabiegu operacyjnego. *St. Koczorowski* (Lwów).

Biochemja drgawek porodowych i eksperymentalne odtworzenie zatrucia rzucawkowego. J. L. WODON. Rev. Fr. de Gyn. Z. 7. 1934.

Drgawki porodowe cechują się zmianą pH we krwi w kierunku kwasoty i znacznym spadkiem zasobu zasad. Autor miał za zadanie wykazać, czy zmiany te powstają również i przy drgawkach wywołanych sztucznie 1) przez zatrucie wodą i 2) przez jednoczesne zatrucie wodą i stosowanie dużych dawek wyciągów z tylnego płatu przysadki mózgowej. W obydwu przypadkach występuje podczas drgawek i śpiączki *(coma)* lekka alkaloza kompensowana przez krew, podczas gdy przy drgawkach eklamptycznych występuje zaburzenie równowagi spowodu braku zasad. Doświadczenia te zbijają teorję, która uważała rzucawkę za zwyczajne zatrucie wodne lub zatrucie wydzieliną tylnego płatu przysadki mózgowej. *H. Newlińska* (Lwów).

Leczenie zesztywnień stawowych wywołanych zmianami torebkowemi lub okołostawowemi zapomocą wstrzykiwań dostawowych lub okołostawowych. J. SCHUELLER. Münch. med. Wschr. 1934. Nr. 20. S. 763.

Przy ograniczeniu ruchów stawowych, spowodowanem zmianami w torebce stawowej lub tkankach okołostawowych, polegających na bliznowaceniu tkanki, autor zastrzykuje 20% roztwór *abrodilu* dostawowo lub do tkanek okołostawowych, jeśli spowodu zmniejszenia się jamy stawowej nie można dokonać zastrzyku wprost do stawu. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że zastrzyki takie nie powodują żadnych trwałych uszkodzeń części stawowych. W następstwie dostawowego lub okołostawowego zastrzyku dochodzi do wylewu w jamie stawowej. Po upływie 8 dni wylew znika, lecz uzyskana lepsza ruchomość stawu pozostaje na stałe. Autorowi zdarzył się tylko jeden przypadek, w którym nie osiągnął pomyślnego wyniku. Z 6 przypadków *periarthritis humeroscapularis* odzyskały zupełną ruchomość 3 stawy barkowe po 1 zastrzyku, 1 staw po 2 zastrzykach, podczas gdy pozostałe 2 przypadki wykazały po 1 wstrzyknięciu znaczną poprawę. Przed wstrzyknięciem *abrodilu* obstrzykuje się chory staw ½%-owym roztworem nowokainy, następnie dopiero wstrzykuje się 20% roztwór *abrodilu* dostawowo lub okołostawowo. Po dokonanym zastrzyku nakłada się natychmiast wyciąg przylepcowy przy możliwie największem uniesieniu chorego stawu ku górze i rotacji nazewnątrz. Przeważnie chorzy w ciągu 3 dni pozostają z nałożonym wyciągiem w łóżku. Następnie przechodzi się do stosowania czynnych i biernych ćwiczeń ruchowych i masażu tkanek otaczających staw. Po 8—10 dniach wyciąg zakładamy już tylko na noc. Leczenie ma na celu osiągnięcie dostatecznego podrażnienia tkanek („zapalenie chemiczne"), jednak bez wywołania jakiegokolwiek poważniejszego uszkodzenia. *Dr. Tietz* (Warszawa).

Okulistyka.

Przerzut nabłoniaka kosmówkowego do naczyniówki oka. SLAWIK. Časop. Lek. Česk. Nr. 24, 1933, ref. według Klinicz. Med. Nr. 10, 1934.

U kobiety 50-letniej wykonano nadpochwowe odcięcie macicy spowodu zaśniadu groniastego. Po 4 latach zwróciła się do lekarza spowodu jaskry *(glaucoma)* oka prawego. Badanie dna oka wykazało obecność ciemnego guza, a na obwodzie odklejenie siatkówki. Wykonano enukleację oka, przyczem stwierdzono przerzut nabłoniaka kosmówkowego do naczyniówki oka i krwiak znacznych rozmiarów, który wywołał odklejenie siatkówki.

Chora zmarła 15 dnia po operacji na skutek krwotoku do mózgu, prawdopodobnie skutkiem przerzutu nabłoniaka kosmówkowego. *M. Segal* (Lwów).

O pochodzeniu i znaczeniu wylewu podsiatkówkowego przy retinitis nephritica. KOYANAGI. Gr. Archiv f. Ophtalm. T. 132, z. 4. 1934

Przy zapaleniu siatkówki na tle schorzenia nerek rzadko stwierdza się oderwanie siatkówki (2,9%), częściej u ciężarnych. Przyczyną rzadkości rozpoznania jest zaniedbywanie wziernikowania chorego w ostatnich dniach przed zejściem śmiertelnem. W przypadkach tych znalazł autor 5 razy oderwanie u 11 chorych. Oderwanie siatkówki pochodzenia nerkowego ma wygląd charakterystyczny. Daje ono dobrze napięte, niefalujące pęcherze. Nigdy niema przedarcia. Ucisk śródoczny jest raczej podwyższony. Przyczyną oderwania jest wydzielina przybłonków barwikowych siatkówki do przestrzeni podsiatkówkowej. Nie jest to płyn obrzękowy, o czem świadczy wysoki procent białka, ani płyn zapalny, jest też zupełnie odmienny od szklistki (co zresztą jest oczywiste przy braku przedarcia). Płyn ten po utrwaleniu wyjętej gałki przedstawia się jako masa pół-przeźroczysta, jasnożółta, o dużej spoistości, silnie zrośnięta z warstwą barwikową siatkówki. Badanie drobnowidowe wykazuje, że masa ta składa się z kropek szklistych, wydzielonych przez przybłonek barwikowy. Zmiany w komórkach barwikowych są wywołane najprawdopodobniej przez jady, produkt przemiany materji.

K. Grafowa (Lwów).

Keratitis nummularis Dimmer. M. SALZMANN. Gr. Archiv f. Ophtalm. T. 132, z. 4, 1934.

Choroba ta występuje najczęściej między 16 a 25 rokiem życia u rolników i to we wrześniu i październiku. Ważne są czynniki klimatyczne i topograficzne. Przypadki opisane przez Dimmera i Austa pochodziły wszystkie z Dolnej Austrji i Styrji, z okolic pagórkowatych, pokrytych lasami lub łąkami. Znanych jest 88 przypadków. *K. n.* występuje prawie zawsze jednostronnie. Autor podkreśla podobieństwo jej w początkowem sta-

djum do *Keratitis punctata superficialis Fuchs*. Zaczyna się tak samo nastrzykaniem, światłowstrętem i łzawieniem, które ustępuje po 2—3 tygodniach i wtedy występuje równocześnie wiele powierzchownych ognisk. Są one jednak większe niż przy *K. p. s.*, dochodzą do 2—3 mm, są okrągłe, zlewają się, otaczają polem zmętnienia lub tworzą pierścienie. Przez zlanie się powstaje obraz podobny do *Keratitis disciformis*. Ogniska mogą też leżeć przy rąbku rogówki, wtedy wrastają w nie powierzchowne naczynia. Potem zapada się ich powierzchnia bez uszkodzenia przybłonka. Nierówności te najłatwiej można wykryć zwierciadłem płaskiem.

K. Grafowa (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 24 października 1934.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

1. Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia T-wa.

2. Kol. Dr. Ludwik Gross wygłosił wykład p. t.: *„Badania eksperymentalne nad nowotworami złośliwemi"*. (Streszczenie własne).

Badania wykonane zostały na ehrlichowskim mięsaku mysim. Część badań wykonano w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. w Krakowie (Prof. Ciechanowski), drugą część w Instytucie Pasteura w Paryżu, wspólnie z Prof. Besredką.

Wszczepienie pod skórę dawki 0.025—0.03 g wywołuje u myszy bez wyjątku pojawienie się mięsaka w miejscu wszczepienia. Przerzuty są bardzo rzadkie (2%), znacznie częstsze natomiast po operacyjnem usunięciu guza pierwotnego lub też po wśródskórnem szczepieniu miazgi nowotworowej. Krew i narządy myszy zaszczepionej nowotworem zawierają, czasem już w ciągu 24 godzin po zaszczepieniu, czynnik rakotwórczy: po wszczepieniu zwierzętom zdrowym są w stanie wywołać w miejscu wszczepienia typowe mięsaki (w 11 na 39 przypadków). Karmienie myszy miazgą nowotworową zmieszaną z mlekiem i szkłem tłuczonem wywołało w jednym przypadku mięsaka szczęki. Wprowadzenie miazgi nowotworowej przez miękki cewnik nelatonowski do odbytnicy wywołało w 2 przypadkach mięsaka odbytnicy; ulepszenie techniki tej metody szczepienia, przez zalepienie odbytnicy na przeciąg 24 godzin i umożliwienie dłuższego zadziałania tkanki nowotworowej na błonę śluzową, pozwoliło uzyskać tą metodą spośród 14 zwierząt 2 razy mięsaka esicy, raz mięsaka jelita cienkiego, raz mięsaka krezki, raz mięsaka w pachwinie i raz raka w pachwinie i na pysku.

Wstrząsanie tkanki nowotworowej w próbówce wypełnionej szklanemi kulkami niszczy po 2 godzinach jej zjadliwość. Tkanka nowotworowa wstrząsana tylko kilkanaście minut (do 30 minut) i skolei odwirowana zachowuje zjadliwość nietylko w osadzie, ale czasem i w części płynnej odwirowanej. Płynem odwirowanym udało się w 6 przypadkach wywołać nowotwory u zwierząt, przesączami (L 1 i L 2) w 2 przypadkach, przyczem nowotwory w ten sposób wywołane miały budowę raków i pojawiły się w miejscach odległych od szczepienia. Woreczki kolodjonowe, zawierające tkankę nowotworową, wszczepione pod skórę, lub do otrzewnej zwierzętom wywołały w 3 (na 19) przypadkach mięsaki, które wyrosły wokoło woreczków.

Tkanka nowotworowa traci swą zjadliwość w temperaturze 40° po 4 godzinach, w temperaturze 41° po 2 godzinach. Wysuszona ginie natychmiast. W temperaturze laborat. w soli fizjologicznej zachowuje zjadliwość przez 2 dni. W mleku sterylizowanem 3 dni.

Prof. Besredka i prelegent przyjmują następującą hipotezę: nowotwór, który może być mniej lub bardziej złośliwy, jest tylko reakcją odpornościową organizmu wobec zarazka, który byłby bardzo rozpowszechniony w przyrodzie, tak samo jak np. gronkowiec, jednak bardziej od tego ostatniego wrażliwy na czynniki fizyczne i mechaniczne. Zdrowej tkanki czynnik ten, podobnie zresztą jak i inne zarazki chorobotwórcze, nie byłby w stanie zaatakować; koniecznem jest do tego zmniejszenie odporności.

W dyskusji: Kol. Kowarzyk (streszczenie własne). W prelekcji p. Dr. Grossa zastrzeżenia budzą dwa twierdzenia: po pierwsze jakoby istniał czynnik swoisty i jednolity, któryby na podobieństwo drobnoustrojów w chorobach zakaźnych stanowił czynnik etiologiczny wszystkich nowotworów, po drugie jakoby w organizmie chorym na nowotwór złośliwy krążył czynnik przemieniający komórki normalne w nowotworowe i tą drogą umożliwiał bezkomórkowe przeniesienie nowotworu z jednego organizmu na drugi np. za pośrednictwem przesączu z miazgi nowotworowej.

Na pytanie pierwsze, badania dotychczasowe dały definitywną odpowiedź przez wykazanie możliwości wywoływania nowotworów u zwierząt i ludzi działaniem najprzeróżniejszych czynników, jak smoła pogazowa, niektóre substancje chemicznie czyste organiczne i nieorganiczne, energja promienista, wszelkie bodźce zapalne, między innemi także sprawy zakaźne *(carcinoma in lupo)*, pasorzytnicze i t. d. Istota komórki złośliwej polega na zaburzeniu mechanizmu różnicowania się i wszelkie czynniki uszkadzające komórki normalne, pośrednio uszkadzające ich mechanizm różnicowania się mogą spowodować powstanie nowotworu złośliwego.

Sprawa bezkomórkowej przenośności nowotworów u ssaków jest sprawą dodziśdnia nierozstrzygniętą i spostrzeżenia Dr. Grossa mogłyby tutaj stanowić przyczynek do licznych usiłowań w tym kierunku czynionych (Rh. Erdman, Blumenthal, Auler, Solecka, Hagen, Heidenhain, Fränkel i t. d.), gdyby Jego zapodania w kontrolach zostały potwierdzone, a technika Jego doświadczeń na podstawie lektury prac była w stanie wzbudzić zaufanie.

1) Twierdzenia Dr. Grossa, jakoby już w kilka godzin po dokonanej transplantacji miazgi nowotworowej krew zawierała czynnik nowotworowy, Zakrzewski potwierdzić nie mógł.

2) Twierdzenia, jakoby płyn uzyskany przez odwirowanie miazgi nowotworowej był w stanie wywołać w organizmie nowotwór, nie byłem w stanie potwierdzić.

3) W znanej mi tylko ze streszczenia pracy (bodajże Instytutu Pasteura) stwierdzono możliwość przenoszenia nowotworu za pośrednictwem miazgi z wątroby chorej myszy, ale tylko wówczas, gdy taka wątroba zawierała przerzuty (Harde et Henri: C. R. Soc. Biol. 113. Nr. 23. Str. 700—703).

4) Twierdzenie, jakoby komórki nowotworowe ginęły w przeciągu kilku dni w miejscu przeszczepienia, zaś nowotwór rozwijał się z tkanki granulacyjnej, obalił Dr. Barlik w pracy wykonanej pod kierunkiem Zakrzewskiego, stwierdzając obecność nieuszkodzonych, przyżyciowo zabarwionych komórek nowotworowych mięsaka tego samego szczepu, jakim pracuje Dr. Gross, w ciągu trwania całego okresu między transplantacją a makroskopowym wzrostem guza. Doc. Dr. Pieczenko wykazał, że komórki mięsaka Jensena mogą przetrwać w stanie morfologicznie nieuszkodzonym do 17 dni od chwili przeszczepu miazgi i to w warunkach szczególnie niekorzystnych, przy transplantacji heterologicznej.

Nie mogę zdobyć się na zaufanie do prac autora, który ogłaszając w krótkich odstępach czasu trzykrotnie (jak z tekstu wynika w sposób oczywisty) ten sam eksperyment za każdym razem podaje ogółem i w pojedynczych serjach inną liczbę myszy, użytych do doświadczenia i to w pracach późniejszych niekiedy niższą, niż w pracach poprzednich. (Por. doświadczenia nad przenoszeniem nowotworu przez przewód pokarmowy: *„Uebertragung des Ehrlichschen Mäusesarkoms durch mit Sarkombrei vermischte Nahrung", Cracovie, Imprimerie de l'Université 1934, „De la nature du principe pathogène contenu dans les tumeurs néoplasiques" C. R. D. S. de l'Academie des Sciences 1934, 198, „Ueber die Natur des in den Geschwülstzellen enthaltenen tumorerzeugenden Agens" Wien. Med. Wchsr.* Nr. 37. 1934). Taki stan rzeczy tłumaczyć sobie mogę tylko skrajną niedbałością przy pisaniu rozpraw.

Wobec opuszczenia sali przez Dr. Grossa, kończę dyskusję zapewnieniem, że powyżej przytoczone punkty bynajmniej nie wyczerpują, chociażby nawet częściowo, wątpliwości nasuwających się przy czytaniu Jego prac.

Kol. Kowalczykowa (Streszczenie własne). Nie wdając się w ocenę techniki doświadczalnej Kol. Grossa, zaznaczam, jakie znaczenie ogólne mogą mieć przedstawione przez niego wyniki badań. Kol. Gross przeprowadzał swe badania na mięsaku mysim Ehrlicha, uważanym dotąd za nowotwór złośliwy. Jeśliby nawet wszystkie doświadczenia kol. Grossa miały wynik dodatni, to możnaby z tego wyciągnąć jedynie ten wniosek, że ten gatunek mięsaka mysiego może być wywołany przez czynnik pozakomórkowy, wszystko jedno, czy natury enzymatycznej, czy też *virus*, jak utrzymuje Kol. Gross. Będzie to dowodziło jedynie tego, że ów nowotwór mysi jest czemś analogicznem do „mięsaka" kurzego Rousa i ogólniej biorąc, że u zwierząt ssących mogą występować znane tylko dotąd u ptaków schorzenia, które mają podobieństwo morfologiczne do nowotworu złośliwego.

Co do cech morfologicznych należy podkreślić, że nie istnieją przecież żadne bezwzględne kryterja morfologiczne, upoważniające do rozpoznawania nowotworów złośliwych. Nawet taki klasyk-morfolog, jakim jest Borst, pisze w ostatnich miesiącach, że histologiczne rozpoznanie nowotworu złośliwego należy zawsze kontrolować i klinicznie i anatomicznie, a przytem wynik rozpoznania histologicznego zależy bardzo wiele od doświadczenia badającego. Prawie wszystkie cechy nowotworu złośliwego można stwierdzić także w niektórych sprawach niebędących nowotworami. Ziarniniaki zakaźne, chociaż istnieje swoisty czynnik wywołujący je, dają przerzuty, nawroty i wywołują charłactwo. Tak szeroko w ostatnich czasach omawiana *adenomyosis* może przedstawiać obrazy nacieku, heterotopji i nawrotów. Pewne rzadkie przypadki ziarnicy złośliwej (Ciechanowski, Abrikossof) przedstawiające dużą zmienność jąder komórek Sternberga-Paltaufa mogą być poprostu uważane za rodzaj przejść histologicznych do mięsaka, a nawet doświadczony histolog ma niejednokrotnie trudności w odróżnieniu pewnych typów rozrostów układu chłonnego od mięsaków okrągłokomórkowych.

Co do teorji infekcyjnej raka, Kol. Kowalczykowa uważa, że każda teorja jest dobra, o ile wyjaśnia pewien zakres zjawisk i wiedzie do odkrycia nowych faktów. W patologji nowotworów złośliwych istnieje cały szereg momentów, których teorja zakaźna raka nie wyjaśnia, a nawet w ich świetle traci wiele ze swej mocy; należy tutaj cały dział powstawania nowotworów na tle zaburzonej odnowy. Teorji regeneracyjnej Fischera-Waselsa, która jedynie w chwili obecnej ujmuje syntetycznie cały dorobek naukowy zarówno w dziedzinie usposobienia do nowotworu, jak i znaczenia bodźców, które zaburzając regenerację wywołują powstanie nowotworu złośliwego, nie zdołamy w chwili obecnej zastąpić teorją zakaźną. Fizyko-chemiczne dowody istnienia dyspozycji nowotworowej były tutaj w Towarzystwie Lekarskiem szeroko omawiane przez Oszackiego, a potem przez Redinga. Znaczenie bodźców nieswoistych, czyto mechanicznych, czy termicznych, czy chemicznych jest zbyt małe, aby je szerzej omawiać. Gdzież dalej w teorji zakaźnej umieścić fakt, że nowotwory zdarzają się szczególniej często na granicy dwóch gatunków tkanek (czerwień warg, wpust żołądka, ujście zewnętrzne macicy). Godne uwagi są pod tym względem badania Glasunowa, przeprowadzone na bardzo dużym materjale w Instytucie Onkologicznym w Leningradzie, w których autor ten stara się udowodnić, że raki płaskokomórkowe powstają szczególnie często w miejscu zrostu wyrostków szczękowych, a więc w ścisłym związku z zaburzeniami rozwojowemi.

Wkońcu wypowiedzieć należy życzenie, aby Kol. Gross, prócz prac nad mięsakiem mysim, zajął się także innemi gatunkami nowotworów; jeśli wtedy uzyska wyniki dodatnie, to mogłoby go to wtedy dopiero uprawniać do wyciągania bardziej ogólnych wniosków.

W odpowiedzi zabrał głos Kol. Gross (Streszczenie własne). Rzekoma wieloprzyczynowość raka nie jest w sprzeczności z teorją infekcyjną. Można bowiem przyjąć, że czynniki rakotwórcze — a więc smoła, arsen, rad i t. d. zmniejszają jedynie odporność ustroju, umożliwiając zaatakowanie tkanek przez wszechobecny zarazek raka. Podobnie zresztą wiele różnych przyczyn umożliwić może gronkowcowi wywołanie ropienia. Ujemne wyniki Kowarzyka i Zakrzewskiego przy powtarzaniu doświadczeń z krwią i centryfugatami, niczego nie dowodzą. Decydujące są wyniki dodatnie, a nie ujemne. Autor sam miewał czasem wyniki dodatnie a czasem ujemne. Od czego taki lub inny wynik zależy, tego dziś jeszcze nie wiemy, nie znamy bowiem wszystkich warunków biologicznych tych świeżych spostrzeżeń. Zarzut w sprawie rzekomego powtórzenia pewnej części doświadczeń z tym samym guzem w Instytucie Pasteura z wynikami odmiennemi od autora, polega widocznie na nieporozumieniu, żadnych takich doświadczeń nikt bowiem w Instytucie Pasteur'a z tym guzem poza autorem dotąd nie robił. Zarzut co do niezgadzania się cyfr szczepienia intrarektalnego w trzech kolejnych pracach autora (krakowskiej, paryskiej i wiedeńskiej) polega również na nieporozumieniu, ponieważ pierwsza praca oddana została Akademji Polskiej 1 marca, druga praca Akademji Francuskiej w połowie kwietnia, trzecia wreszcie redakcji *Wien. med. Wschr.* dopiero w lipcu b. r., a zatem są to trzy odmienne prace i w każdej następnej ilość wyników była już większa. *W odpowiedzi* Kol. Kowalczykowej prelegent odczytuje list otrzymany w przeddzień posiedzenia od kierownika Bio-laboratorjum I. G. Farben, prof. Kleina, w którym ten donosi, że udało mu się uzyskać analogiczne wyniki nietylko z guzem otrzymanym przez prelegenta, ale również z ośmiu innemi guzami przeszczepialnemi. Klein jest również zdania, że pozakomórkowy czynnik rakotwórczy u ssaków jest natury ożywionej. Wkońcu prelegent odczytuje list prof. Blumenthala z Belgradu, który jest zdania, że pozakomórkowy czynnik nowotworowy pochodzi z komórki i jest natury enzymatycznej.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XXIX posiedzenia naukowego odbytego dnia 14. grudnia 1934.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1) Kol. Goldschlag, czł. Twa, przedstawia przypadek: *Psoriasis verrucosa,* 15 letnia dziewczyna, zmiany smugowate i tarczowate na grzbiecie rąk i nóg jakoteż palców. Na naciekłej, ostro odgraniczonej podstawie wznoszą się jednolite masy rogowe. Powierzchnia jest szorstka, chropowata, jakby posiekana, poprzerzynana brózdami. W obrazie histol. na pierwszy plan wybijają się wydłużenie brodaweczek i przerost warstwy kolczastej. Szczyty iglasto wydłużonych brodaweczek pokryte są warstwami mas parakeratotycznych. Następnie prelegent omówił inne atypowe postacie łuszczycy.

2) Kol. Alexandrowicz, gość, wygłosił wykład p. t. O zaburzeniach w mechanizmie podziału komórek (ukaże się w druku).

3) Kol. Ziembicki W., czł. Twa, wygłosił wykład p. t. Od Apollina do Hippokratesa (ukaże się w druku).

Protokół XXX posiedzenia naukowego odbytego dnia 21 grudnia 1934.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Wybór Komisji — Matki.

Przyjęto proponowaną przez Zarząd listę członków Komisji Matki w składzie następującym: Dobrzański, Falkiewicz, Fels, Grabowski, Kielanowski T., Mączewski, Nowicki, Pohorecki, Pisek, Rencki, Ruff, Skrowaczewski, Wolf Józef, Węgrzynowski, Ziembicki.

3) Kol. Meisels, czł. Twa, wygłosił wykład: Wrażenia z Międzynarodowego Kongresu Radjologicznego w Zurychu (ukaże się w druku).

4) Kol. Grabowski W., czł. Twa, wygłasza wykład p. t. *Trzeciorzędna kiła płuc u dorosłych* objaśniona pokazem przeźroczy. Prelegent podniósł rzadkość występowania płuc, omówił obszernie trudności rozpoznawcze wskazując, iż rozpoznanie kiły płuc w klinice jest zawsze rozpoznaniem prawdopodobnem.

W Lwowskiem Tow. Lekarskiem pokazywali anatomiczne przypadki kiły płuc Nowicki i Hornowski, klinicznie obserwowany przypadek kiły płuc leczony skutecznie salwarsanem przedstawił w r. 1912 Ziembicki. Z oddziału prym. Ziembickiego pochodzą 3 sekcyjne przypadki kiły płuc opisane przez Schusterównę. O kile płuc w piśmiennictwie polskiem pisał Ziembicki, Schusterówna, Gluziński i Dąbrowski-Bałukiewiczówna. Badanie radjologiczne daje cenne podstawy do różniczkowego rozpoznania klinicznego. W Lwowskiej Klinice Chorób Wewnętrznych obserwowano w ciągu 6 lat 5 przypadków kiły płuc. W jednym z nich autopsja potwierdziła rozpoznanie kliniczne. W innych przypadkach rozpoznanie jest prawdopodobne. Wynik leczenia swoistego nie zawsze jest miarodajnym, gdyż kilakowe zmiany cofają się szybko, zaś zmiany łączno-tkankowe przy przewlekłem zapaleniu kiłowem śródmiąższowem nie okazują dążności do cofania się.

W dyskusji Kol. Ziembicki W. podaje kilka szczegółów o swoich przypadkach kiły płucnej, objętych zestawieniem kol. Grabowskiego. Przypadek pierwszy, na który powołuje się Grabowski, przedstawił mówca w Tow. Lekarskiem dn. 20. grudnia 1912. Był to pierwszy wogóle przypadek przedstawiony w tutejszem Towarzystwie i pierwszy opisany następnie w piśmiennictwie polskiem jako wyleczony, a leczony salwarsanem (Tygodnik Lek. Lwowski. Nr. 1. 1913).

Na uwagę zasługuje, że w przypadku tym parę razy przychodziło do nawrotów, które ustępowały zawsze równie szybko pod wpływem salwarsanu, co jest zarazem momentem ważnym pod względem rozpoznawczym. Każdym razem chory przechodził krócej i w lżejszym stopniu stan podobny do pierwotnego, jaki był przed pierwszem podaniem salwarsanu. Stan ten przypominał gruźlicę. Wysoka gorączka, krwioplucie, spadek sił. W płucach stłumienie i rzężenia w prawym płacie dolnym, za każdym razem w coraz mniejszym stopniu. Cera tylko była odmienna. Nie

było wypieków na jasnej skórze, cała twarz była natomiast lekko ziemista. Chory żyje dotychczas. Rentgenologicznie można wykazać w miejscu przebytej sprawy zaciemnienie o kształcie gwiaździstym (tkanka łączna). Brak prątków, wielokrotnie poszukiwanych, zwrócił, jak wiadomo z opisu, uwagę mówcy w kierunku kiły, w chwili, gdy chory ten, wysłany przez jednego z kolegów na południe, powrócił w stanie szybko postępującej rzekomo gruźlicy. Parę lat przedtem miał kilaka na goleni, obecnie ma tętniakowe rozszerzenie tętnicy głównej i objawy dusznicy bolesnej, tak ambulatoryjnej, jak samoistnej, trwającej już lat kilkanaście. Co do przypadków ze swego oddziału szpitalnego, posiada ich mówca w statystyce cztery, wszystkie zakończone zejściem śmiertelnem i sekcjonowane. W dwu z nich kiłę płuc rozpoznał mówca klinicznie, w dwu innych rozpoznanie wyjaśniło dopiero badanie anatomiczno-patologiczne.

Kol. Rencki podnosi rozpoznawcze trudności wskazując, iż tak badanie kliniczne jakoteż rentgenologiczne nie daje żadnych charakterystycznych dla kiły objawów. Wspomina o obserwowanym przez siebie przypadku kiły płuc u lekarza leczonego spowodu rzekomej gruźlicy, u którego na plan pierwszy wysunęło się wysiękowe zapalenie opłucnej. Leczenie swoiste dało bardzo dobry wynik. Następnie u chorego wystąpiły objawy kiły mózgowordzeniowej i tętniak aorty.

Kol. Tomanek wskazuje na przypadki gruźlicy płuc u osobników kiłowych podnosząc przeważającą postać gruźlicy włóknistej i krwiopochodnej oraz omawia niekorzystny wpływ symbiozy gruźlicy i kiły.

Kol. Kwiatkowski omawia sprawę ujemnych często odczynów serologicznych przy kile narządów wewnętrznych i podkreśla znaczenie i wartość odczynu skórnego luetynowego lub luetestem stosowanych na szerokim materjale w krajach germańskich i Japonji. Prof. Lenartowicz wytwarza luetynę w Lwowskiej Klinice Dermatologicznej.

Kol. Mierzecki podnosi, iż jedynie pewnym dowodem kiły płuc jest wykazanie krętków w plwocinie. Wyraża obawę przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem kiły płuc, do czego prowadzić może opieranie się na odczynach serologicznych i starej zasadzie *„in dubiis semper lues“*.

Kol. Węgrzynowski obserwował w materjale przychodni przeciwgruźliczej 3 przypadki kiły płuc, na które zwróciło uwagę stale ujemne badanie plwociny na prątki Kocha. Dwa przypadki uważa za pewną kiłę płuc, trzeci przypadek wątpliwy.

Kol. Pisek, czł. Twa: Przed przeszło pół wiekiem, bo w r. 1881, na Zjeździe Polskich Lekarzy i Przyrodników w Krakowie, omówił prof. Antoni Rosner sprawę kiły płuc. *W dyskusji* pozwolił sobie P. zauważyć, że perkusja i auskultacja płuca dotkniętego zmianami kiłowemi nie mogą dać innych fizykalnych wyników, jak zmiany przewlekłe niekiłowe, najczęściej gruźlicze. Dziś po kilkudziesięciu latach mamy prześwietlenie, odczyny surowicze swoiste, leczenie bardziej udoskonalone, dość liczne obserwacje i statystykę częstości zmian kiłowych u chorych gruźliczych, przecież musimy przyznać, że 1) kiła płuc jest zjawiskiem wyjątkowem; 2) zajęcie prawego płuca nie jest rozstrzygające; 3) równoczesne zakażenie gruźlicze i kiłowe u chorego względnie wpływ korzystny czy też niekorzystny na siebie jest sporny; 4) rozpoznawanie kiły płuc napotyka na bardzo poważne trudności, a tylko szczęśliwy zbieg okoliczności, pomiędzy innemi, wynik leczniczy, mogą umożliwić rozpoznanie; 5) u chorego z gruźlicą należy myśleć o kile.

Kol. Nowicki ze stanowiska anatomo-patologicznego stwierdza, iż kiła płuc na stole sekcyjnym nie jest tak rzadką, jak dotąd twierdzono. Na podstawie własnego materjału sekcyjnego (400 przyp. sekcjonowanych paralityków w Zakładzie Kulparkowskim) może powiedzieć, iż gruźlica płuc u kiłowych spotykana bywa wyjątkowo, a na przebieg gruźlicy kiła nie wpływa w tym stopniu ujemnie, jak to podnoszą w piśmiennictwie.

Kol. Meisels podnosi znaczenie wykazania radjologicznego rozszerzenia zstępującej części tętnicy głównej dla rozpoznania kiły płuc.

Kol. Ziembicki nawiązując do uwagi kol. Mierzeckiego, że zawsze po dyskusji o kile płucnej w Towarzystwie Lekarskiem mnożą się w mieście rozpoznania tej choroby, sądzi, że pobudzenie do częstszego myślenia o kile płuc jest pożądane, a rozpoznanie, choćby niepotwierdzone nie przynosi szkody. Przeciwnie tylko nierozpoznanie kiły może choremu przynieść szkodę.

W odpowiedzi kol. Grabowski dziękuje za uzupełnienie wykładu cennemi uwagami i podkreśla, iż wynik leczenia przeciwkiłowego nie może zawsze stanowić momentu rozstrzygającego o rozpoznaniu.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

Sprawozdanie z posiedzenia lekarzy szkół warszawskich w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 18 października 1934 r.

Przewodniczący: Dr. K. Mitkiewicz.

Dr. J. Bogdanowicz wygłasza referat na temat *szkodliwości zbyt wczesnego dojrzewania płciowego młodzieży.*

Dr. J. Leśkiewiczowa na temat *ujemnego wpływu środowiska wielkomiejskiego na młodzież dojrzewającą.*

P. J. Rendznerowa z grupy rodziców „Zrębu“ w referacie zaznacza *konieczność zorganizowanej i zbiorowej walki rodziców i wychowawców* o takie warunki życiowe młodzieży, które zapewniłyby jej prawidłowy i wszechstronny rozwój.

P. J. Matkowska omawia znów *sprawę czytelnictwa młodzieży,* które musi być czynnikiem kształtującym jej psychikę.

Po tych 4 referatach przewodniczący podkreśla doniosłość wspólnej akcji rodziców, wychowawców i lekarzy szkolnych celem rozciągnięcia kontroli nad przejawami życia współczesnego, które w sposób jaskrawy, brutalny podniecają wyobraźnię i uczuciowość erotyczną dziecka, oraz proponuje zabieranie głosu co do następujących spraw, poruszonych w referatach: 1) dojeżdżania młodzieży zamiejscowej, 2) filmów i fotosów kinowych, 3) lektury młodzieży, 4) wydawnictw brukowych o treści specjalnej.

W dyskusji: P. mec. Śliwowski, prezes Rady Opieki Moralnej nad młodzieżą, prosi o współpracę z Radą, która ma za zadanie również i zwalczanie brutalnych sposobów reklamy i żerowania różnych przedsiębiorców na niezdrowem zaciekawianiu młodzieży.

Dr. Piotrowska zaznacza, że kontrola filmów nie zawsze jest należycie przeprowadzona; wnosi o kontrolę nad czytelniami i o organizowanie specjalnych czytelni dla młodzieży.

P. Kwiatkowski referuje *stronę prawną cenzury filmów.*

Dr. Bogdanowicz uważa za konieczne poruszanie w szkole zagadnień seksualnych tak z młodzieżą, jak i z rodzicami.

Dr. Babski wnosi o usunięcie prostytutek z ulic w pobliżu szkół w godzinach popołudniowych i wieczorowych (po zabawach szkolnych).

Dr. Kozłowski nawołuje do urządzania świetlic, godziwych rozrywek dla młodzieży, do popierania harcerstwa.

P. Dyr. Kiernikowa wnosi, aby do wagonów, przeznaczonych dla młodzieży, mogli wsiadać nauczyciele, wychowawcy, oraz uważa za konieczne organizowanie dyżurów na dworcach spośród rodziców i wychowawców.

Sprawozdanie z posiedzenia lekarzy szkół warszawskich w Klinice II Chor. Wewn. w dniu 22 listopada 1934 r.

Przewodniczący Dr. Mitkiewicz komunikuje, że Uniwersytet Wileński urządza w okresie feryj świątecznych dla lekarzy szkolnych kurs 2 tygodniowy z dziedziny wad mowy i słuchu; bliższych informacyj udzieli p. doc. dr. Dylewski, Klinika Otolaryngologiczna w Wilnie.

Dr. J. Misiewicz wygłasza referat na temat: *Postacie gruźlicy płuc wśród młodzieży szkolnej.* (Z praktyki Poradni Przeciwgruźliczej). W ciągu 5 lat ostatnich zbadano w Poradni II Kliniki Chor. Wewn. około 2500 młodzieży szkolnej. W tej liczbie pewną część tworzą chorzy, u których bądź rozpoznano, bądź podejrzewano gruźlicę płuc; pewną część stanowią badane w Poradni całe zespoły szkolne. Zatem materjał, którym rozporządza Poradnia, jest bardzo różny. Poradnia posiada już dziś komplety rentgenogramów z obserwacyj, trwających 3—4—5 lat. Nie wdając się w szczegóły klasyfikacji, można podzielić wszystkie zmiany gruźlicze w płucach na 3 typy:

1) zmiany wielkoogniskowe (najczęściej jedno duże ognisko) gruźlicy wysiękowej;

2) zmiany wieloogniskowe, a zarazem drobnoogniskowe (mnogie, drobne ogniska) gruźlicy krwiopochodnej;

3) włókniste zmiany, najczęściej jako zejście innych postaci gruźlicy.

Typ wysiękowy, który często jest początkiem suchot pospolitych *(phthisis fibroso-caseosa),* spotykano zwykle u uczniów skierowanych do Poradni z rozpoznaną już sprawą. Typ ten naogół dość wcześnie daje objawy dostatecznie wyraźne dla rozpoznania zmian w płucach.

Typ drugi — zmiany drobnoogniskowe, niezlewające się i niezdradzające odczynu wysiękowego — były zawsze wykryte przy badaniu zespołów uczniowskich. Byli to wszystko ludzie, u których nikt nie podejrzewał dotąd zmian gruźliczych w płu-

cach. Trudności rozpoznawcze w tych przypadkach są zupełnie zrozumiałe: wszędzie był tu brak objawów opukowych i wysłuchowych, a rozpoznanie opierało się na badaniu rentgenologicznem. Ten typ gruźlicy płuc *(Tbc. miliaris discreta* głównie) jest jednak ważny w epidemjologji gruźlicy. Aczkolwiek względnie dobrotliwy w przebiegu i dający dość często zejście w wyleczenie, to jednak nieraz przechodzi on w suchoty pospolite lub grozi powtórnemi rozsiewami krwiopochodnemi: z 7 przypadków wykrytych wśród maturzystów w r. 1932 — trzy wykazały już swą złośliwość (1 zejście śmiertelne spowodu *meningitis tbc.*, 2 — suchoty pospolite zakaźne). Zmiany włókniste na większej przestrzeni jako starsze wśród młodzieży szkolnej spotykano bardzo rzadko. W roztoczeniu opieki nad młodzieżą, dotkniętą gruźlicą płuc (niezakaźna) powinien być nawiązany większy kontakt pomiędzy lekarzami szkolnymi a poradniami gruźliczemi. Ponieważ zmiany drobnoogniskowe nie mogą być rozpoznane w szkole, należy przyjąć, iż w masie uczniów zawsze jest pewien odsetek z temi zmianami. Jedynem „leczeniem" tych przypadków jest dostarczenie dobrych warunków zdrowotnych w szkole i w domu, więc poprawa ich będzie najważniejszą troską władz szkolnych. Doświadczenie Poradni uczy, że stan higjeniczny młodzieży badanej z każdym rokiem staje się lepszy. Nie ulega wątpliwości, że jest to niemała zasługa ogółu lekarzy szkolnych.

W dyskusji: Dr. Szokalski stwierdza, że rozpoznanie gruźlicy jest utrudnione dla lekarza w szkole wobec braku odpowiednich środków. Jednym ze środków jest jaknajdalsze posunięcie wywiadów. Kwestja dziedziczności ma również duże znaczenie. Wywiady mogą dać dużo w trudnej dla rozpoznania krwiopochodnej postaci gruźlicy. Wypadki, które wymagają odmy, są — zdaniem oponenta — niebezpieczne dla otoczenia. Wogóle gruźlica w szkole średniej jest rzadka, znikoma. Istnieje, jakby pewnego rodzaju odporność tego wieku na gruźlicę. Choroby serca są dwukrotnie częstsze.

Dr. Zdunkiewicz zapytuje, czy nie można wyzyskać Roentgena w Poradniach dla masowych prześwietleń.

Dr. Łuniewska ubolewa, że Poradnia nie przyjmuje młodzieży z innych okręgów.

Dr. Misiewicz odpowiada, że znaczenie wywiadów rodzinnych ma pewne znaczenie, ale czasem i tak bywa, że wywiady nic nie dają, a gruźlica jest. Czy gruźlica w szkole jest częsta? Suchoty są rzadkie, ale krwiopochodna postać jest częsta. Wiek szkolny nie jest bynajmniej odporny na gruźlicę, śmiertelność w tym wieku jest wysoka. Gruźlica I typu daje dla szkół — 1%, II typu — 5%, studenci — 2% otwartej gruźlicy płuc.

Wykorzystanie masowe Roentgena w Poradniach jest trudne, są one bowiem przeciążone.

Poradnie przeciwgruźlicze są podzielone na rejony. Por. Przeciwgruźlicza Uniwersytecka jest również poradnią rejonową, ale przyjmuje i z innych rejonów w celach naukowych.

Warszawa jest naogół niedostatecznie poinformowana o Poradniach Przeciwgruźliczych. Polskie Towarzystwo Badań nad gruźlicą chciałoby mieć kontakt z terenem szkolnym, może rozesłać wykaz poszczególnych Poradni z podziałem na rejony.

KOMUNIKATY.

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 12 grudnia 1934 r.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Statystyka wszystkich krajów wykazuje zgodnie, że największa śmiertelność z gruźlicy bywa wśród niemowląt w pierwszym roku życia. W walce z gruźlicą niemowląt medycyna nie miała dotąd żadnego środka; dopiero wynalazek Prof. Calmette'a pozwolił na stosowanie szczepień u noworodków, które miały uodparniać przeciw gruźlicy. Liczne i skrupulatne badania tej metody przez samego autora i jego współpracowników, a także przez liczny zastęp lekarzy w innych, poza Francją, krajach, dowiodły, że szczepionka B. C. G. jest zupełnie nieszkodliwa i że dzieci nią szczepione znacznie rzadziej zapadają na gruźlicę, a nawet ogólnie lepiej się pod względem fizycznym rozwijają, niż dzieci nieszczepione. Dodatnią opinję o szczepionce B. C. G. wydała również specjalna Komisja Komitetu Higjeny Ligi Narodów i Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo.

W Polsce w r. 1925 powstał „Komitet Szczepień Przeciwgruźliczych", który wspólnie z Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym przeprowadza szczepienia. Do roku 1932 włącznie zaszczepiono 18,562 dzieci. Dzieci te znajdowały się pod obserwacją lekarską i pielęgniarską, która stwierdziła, że zapadalność i śmiertelność z gruźlicy wśród dzieci szczepionych jest kilkakrotnie mniejsza, niż wśród dzieci nieszczepionych, pomimo że szczepione są przedewszystkiem niemowlęta z rodzin gruźliczych, stykające się z chorymi na gruźlicę. „Komitet Szczepień" ma główną siedzibę w Warszawie, zaś filje w Poznaniu, Wilnie, Łodzi, Częstochowie, Białymstoku, Lublinie, Toruniu, Pabjanicach, Supraślu i Małcrycie.

Technika szczepień jest prosta i nie nastręcza żadnych trudności personelowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu, wymaga jedynie uwagi i staranności. Szczepienie powinno być dokonane we właściwym czasie, zanim nastąpi zakażenie, to jest najpóźniej w ciągu 10-ciu dni po urodzeniu. Uodpornienie następuje po upływie około 4-ch tygodni. W ciągu tego okresu niemowlę winno być izolowane tak, aby nie stykało się z chorym na gruźlicę, inaczej szczepienie nie da żadnego wyniku.

Ze względu na dodatnie wyniki szczepień Ministerstwo Opieki Społecznej dąży do ich rozpowszechnienia, wobec tego proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza): 1) o zachęcenie Towarzystw Przeciwgruźliczych do tworzenia „Komitetów Szczepień Przeciwgruźliczych", 2) o ułatwienie i poparcie starań kierowników szczepień o uzyskanie odpowiednich pomieszczeń dla izolacji szczepionych niemowląt; najbardziej wskazane są izolatki w zakładach położniczych i przy szpitalach dziecięcych, 3) o wywarcie wpływu na właściwe zakłady i instytucje, by traktowały okres 4-tygodniowy po zaszczepieniu noworodka, izolowanego w zakładzie, jako okres koniecznego pobytu w szpitalu, i pokrywały koszty pobytu niemowlęcia.

Należy zaznaczyć, że koszty te byłyby nieznaczne, a także, że konieczność izolacji zachodzi stosunkowo rzadko, wydatki te zatem nie obciążyłyby zbytnio wymienionych zakładów i instytucyj, obniżyłyby się natomiast w przyszłości ich wydatki na leczenie chorych, których liczba przy szerszem zastosowaniu szczepień powinna wybitnie się zmniejszyć.

Komitet miejscowy lub lekarz, upoważniony do przeprowadzania szczepień na danym terenie, winien porozumieć się z Komitetem Głównym w Warszawie ul. Chocimska 24. Tylko po porozumieniu z Komitetem w Warszawie i za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego może on uzyskać bezpłatnie szczepionkę i niezbędne druki.

Podsekretarz Stanu: *Dr. E. Piestrzyński.*

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 12 stycznia 1935 r.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Wzorem lat ubiegłych Ministerstwo Opieki Społecznej zamierza zebrać dane, dotyczące wszystkich instytucyj, prowadzących całość akcji zapobiegania chorobom, czyli Ośrodków Zdrowia, które były czynne na terenie Rzeczypospolitej w dniu 1 stycznia 1935 r. Przytem zaznacza się, że instytucja, określona jako Ośrodek Zdrowia, powinna: 1) obejmować conajmniej dwa działy pracy (np. walkę z gruźlicą i walkę z jaglicą), prowadzone łącznie, pod jednem kierownictwem, i 2) mieć wśród personelu przynajmniej jedną pielęgniarkę społeczną (higjenistkę).

Proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o przesłanie załączonych wzorów wszystkim kierownikom Ośrodków Zdrowia, działającym na terenie podległym Panu, z tem, by wzory te zostały przez nich wypełnione i zwrócone Panu Wojewodzie (Panu Komisarzowi Rządu). Otrzymane w ten sposób sprawozdania *proszę sprawdzić, w razie potrzeby zażądać sprostowania zauważonych błędów oraz braków* i oryginały w ten sposób sprostowanych sprawozdań przesłać Ministerstwu Opieki Społecznej w terminie do 1 kwietnia 1935 r.

Dyrektor Departamentu: *Dr. J. Adamski.*

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 31 stycznia 1935 r.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Z uwagi na to, że Izby Lekarskie są zainteresowane w obsadzaniu personelu lekarskiego w szpitalach, Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Pana Wojewodę (Komisarza Rządu) o zwrócenie się do czynników zarządzających szpitalami publicznemi, aby

na posiedzenia Rady Szpitalnej, wykonywującej funkcje sądu konkursowego lub zastępującego ją fachowego sądu konkursowego, na których mają być rozważane sprawy obsadzenia stanowisk lekarskich w szpitalach, byli zapraszani w charakterze członków z głosem doradczym przedstawiciele właściwych Izb Lekarskich.

Jednocześnie Ministerstwo Opieki Społecznej prosi o zwrócenie uwagi na to, aby przy zatwierdzaniu nowych statutów lub ich zmian, były wprowadzone postanowienia, któreby zapewniły Izbom Lekarskim udział w posiedzeniach sądów konkursowych.

Dyrektor Departamentu: *Dr. J. Adamski.*

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 5 lutego 1935.

Okólnik.

W uzupełnieniu okólnika Nr. 43/34, Ministerstwo Opieki Społecznej zawiadamia, że od obowiązku przeszkolenia, ustalonego okólnikiem Nr. 18/34 z dn. 7 czerwca 1934 r., wolni są również lekarze, którzy wykażą się zaświadczeniami, że przepracowali w Dziale III Wojskowego Instytutu Przeciwgazowego w ciągu conajmniej 12 miesięcy lub też odbyli 3-miesięczne praktyczne przeszkolenie w Wojskowym Instytucie Przeciwgazowym.

Dyrektor Departamentu: *Dr. J. Adamski.*

Dr. Andrzej Chramiec — w 50-lecie pracy lekarskiej.

Stary ród Chramców, osiadły w 16-tem stuleciu w Nowotarszczyźnie wydał w 1859 roku dzisiejszego Jubilata. — Twarde miał życie i gdyby nie materjalna pomoc Ks. Stolarczyka nie byłby ukończył gimnazjum w Wadowicach. — Na studja lekarskie we Wszechnicy Jagiellońskiej skierował go Prof. Dr. Chałubiński, który potem młodego lekarza skłonił do poświęcenia się pracy zawodowej w rodzinnem Zakopanem. Praktyka wodolecznicza u Dr. Czerwińskiego w Fürstenhofie, w Weldes, w Kaltenleutgeben i Gräfenbergu dały młodemu lekarzowi podstawy do stworzenia pierwszego zakładu hydropatycznego w Zakopanem, zakładu, który stał się nietylko miejscem, w którem słabi znajdowali zdrowie, ale gdzie gromadziła się elita umysłowa polska spod trzech zaborów.

Ubodzy rodzice — których my starsze pokolenie jeszcze pamiętamy — twarda ręka biedy codziennej, borykanie się o kawałek chleba, nauczyło młodego Chramca, że przez życie trzeba iść o własnych siłach.

Miał chwile załamań, ale miał przy swym boku towarzyszkę-żonę, Jadwigę z Bieczyńskich, która umiała iść razem z nim twardym gościńcem długich lat pracy, zostawiając w pamięci tych, którzy ich oboje znali, cześć dla lekarza i cześć dla żony zacnego syna biednej ziemi podtatrzańskiej.

* * *

Mija 50 lat, gdy młody lekarz stanął w Zakopanem do pracy całkiem nowej. Za Jego i Dr. Chałubińskiego inicjatywą, układa się statut stacji (późniejszej komisji) klimatycznej. Rok 1886 kładzie fundamenty pod „Zakład Dra Chramca“ rozpoczynający od skromnej liczby 18 kuracjuszów — a sczasem rozrośnięty do rozmiarów mogących pomieścić 400 osób.

Na wzór leczenia hydropatycznego Prisschnitza, Schrotta, Ks. Kneippa. stosuje Dr. Chramiec natryski, masaże, kąpiele, wszelkie podobne zabiegi i diety. Specjalizuje się też w diagnostyce i leczeniu gruźlicy, choć do swego zakładu tych chorych nie przyjmuje. Dr. Chramiec staje się z roku na rok osią lecznictwa w Zakopanem i powagą w swym zawodzie.

Pracując z ramienia komisji klimatycznej podejmuje przed pół wiekiem trud nielada, stawiając kominy w kurnych chatach, nakłaniając do utrzymywania czystości w obejściach gospodarskich, ucząc urządzenia mieszkań dla potrzeb gości — uczył nietylko słowem, ale i przykładem własnego zakładu.

Od 1886 roku Dr. Chramiec należał do Rady Gminnej, od 1902 do 1906 roku był wójtem Zakopanego, był przez kilka lat prezesem Komisji Klimatycznej. Jego zasługą jest wytyczenie nowych ulic, uregulowanie starych, budowa rzeźni gminnej i założenie wodociągów.

Współtwórcą w tych poczynaniach był ś. p. hr. Zamoyski, który oddał klimatyce las na Antałówce na park miejski i źródła na zbiorniki wodociągowe w Kuźnicach.

Dr. Chramiec zrealizował też, prowadząc deputację górali do cesarza, budowę kolei Chabówka—Zakopane, otworzonej w 1900 roku. Elektrownia miejska została zbudowana przez Jego następców, ale podwaliny do jej stworzenia położył Jubilat w 1904 roku, przygotowując plany i kosztorysy.

W roku 1912 wybrany prezesem Rady Powiatowej w Nowym Targu sprawuje ten urząd do 1916 roku. W tym okresie wykończono budowę szpitala powiatowego, wybudowano wiele nowych dróg, stworzono plan regulacyjny dla Zakopanego: między innemi plan ten obejmuje szosę na stokach Gubałówki, skierowując tam rozbudowę Zakopanego z wystawieniem na południowe słońce — rzecz do dzisiaj niestety niezrealizowana.

Przyszła wojna. Ekwipuje się bataljony rozbitego Legjonu Wschodniego, organizuje się z młodzieży góralskiej oddziały Legjonów Piłsudskiego, tai się fundusze powiatowe przed konfiskatami austrjackiemi, setki ludzi uwalnia się od wojska zaborczego, zachowując ich na czasy rozstrzygnięcia się sprawy polskiej — to ideowa praca Dra Chramca 1914—1915 r.

Od lipca 1915 r. był Dr. Chramiec u siebie w zakładzie tylko dzierżawcą i kierownikiem szpitala wojskowego. Niesie chorym na płuca oficerom, żołnierzom różnych formacyj, legjonistom, pomoc lekarską i swoją wiedzę.

Dawny zakład drewniany, który tylu ludzi gościł i skupiał u siebie całą elitę intelektualną Polski spod trzech zaborów, spalił się w 1910 r. Na jego miejscu stanął wielki gmach murowany, który w czasie wojny przeszedł okupację wojskową, a co za tem idzie uniemożliwił właścicielowi utrzymanie się przy swojem dziele.

W lutym 1918 r. Zarząd Galicyjskiego Czerwonego Krzyża kupił cały zakład, a Dr. Chramiec to, co otrzymał w gotówce, oddał na uregulowanie swych zobowiązań, tracąc równocześnie cały materjalny dorobek 30-tu lat pracowitego życia.

Zaczyna się tułaczka. — Gorzka ironja życia. — Jest lekarzem powiatowym w Brodach; rewolta rusińska zastaje Go na wsi pod Drohobyczem. Z groźną epidemją grypy w latach 1918—1919 Dr. Chramiec staje do walki dobrowolnie jako lekarz rejonowy w Medenicach.

W 1924 roku przenosi się do Wielkopolski i zostaje lekarzem powiatowym w Międzychodzie, a od roku 1932 w tym samym charakterze pracuje do tej chwili we Wrześni.

Na terenie Wielkopolski powołał do życia stację opieki nad matką i dzieckiem w Międzychodzie, Sierakowie i w Luboszy, przychodnię przeciwgruźliczą i żłóbek dla niemowląt w Międzychodzie. Pozatem współpracuje ze starostą, organizuje Strzelca i B. B. W. R., wykłada higienę w miejscowej szkole rolniczej. Tak samo pracuje i we Wrześni na nowej placówce, dając dowód niespożytej energji życiowej.

Nie sposób wymienić, czem był zakład Dra Chramca dla kulturalnego życia Polski i Polaków rozsianych na całym świecie. Dość wspomnieć, że przybywali oni z dalekich stron, bo z Sydney, Władywostoku, Charbina, Egiptu, U. S. A. — z całego globu.

A każde nazwisko znane w literaturze, w nauce, w duchowieństwie, w sztukach pięknych, dyplomacji, świecie artystycznym — wszystko co miało związek z życiem intelektualnem — zapisało się w rocznikach zakładu Jubilata.

Dr. Chramiec nauczył Polaków szukać wytchnienia i leczenia się w polskich zdrojowiskach, a nie wyjeżdżania zagranicę.

* * *

Gdy dzisiaj w 50-lecie pracy lekarskiej Dra Chramca, Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego wręcza Mu wysokie uznanie — Dyplom Jubileuszowy — wszyscy przyjaciele, a ma ich w całej Polsce bardzo wielu, dołączają się do tego wielkiego aktu z życzeniami: *ad multos annos.*

Dr. Chramiec zasłużył sobie na imię dobrego Polaka, zacnego syna swojej ziemi, lekarza, który niósł szczytne posłannictwo służby dla bliźnich.

Prof. Dr. Jan Rostafiński.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Miron Łysiak zmarł w Gródku Jagiellońskim w wieku 39 lat.

Dr. Norbert Ortner, profesor chor. wewnętrz. b. kierownik II Kliniki Lekarskiej w Wiedniu, zmarł w 70 roku życia.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej na Walnem Zgromadzeniu w dniu 28 lutego 1935 r. wybrał następujące nowe władze: Prezes: Prof. Dr. Antoni Cieszyński, Wiceprezesi: Dr. Henryk Allerhand, Dr. Mieczysław Jankowski, Sekretarz I.: Dr. Henryk Berger, Sekretarz II: Dr. Tadeusz Owiński, Skarbnik: Dr. Kazimierz Kwiatkowski, Czł. Wydziału: Dr. Wilhelm Nacher.

Adres Związku: Lwów, ul. Zielona 5 a.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się dnia 12 marca 1935 r. 1) Flis St. i Werkenthinówna M.: Przypadek przepukliny przeponowej. 2) Filiński Wł.: Przypadek prosówki ostygłej.— Z cyklu „choroby trzustki". 3) Grott J. W.: Klinika ważniejszych chorób trzustki.

Program Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego na marzec b. r. przedstawia się następująco:

13. III. a) *Pokazy przypadków* z Oddziału Gin.-Położn. Szpitala św. Łazarza (Ordynator: Doc. Dr. J. Szymanowicz); b) Doc. Dr. St. Skowron: *„Z fizjologji hormonów płciowych"*. (Posiedzenie wspólne z T-wem Ginekologicznem Krak.). — 20. III. Prof. Dr. St. Ciechanowski: *„Z patogenezy agranulocytozy"*. — 27. III. Prof. Dr. Schafer: *„Parki narodowe"* (Z cyklu wykładów z dziedzin nielekarskich).

XV Zjazd Psychjatrów Polskich odbędzie się dnia 8. 9 i 10 czerwca 1935 r. w Płocku i Gostyninie. Dotychczas zostało zgłoszonych 29 referatów.

Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu należy kierować pod adresem Komitetu Organizacyjnego: Gostynin, Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych.

I. Międzynarowy Zjazd Gastro-enterologów odbędzie się w Brukseli dnia 8—10 sierpnia b. r. pod przewodnictwem prof. Schoemakera i przy udziale przedstawicieli trzydziestu kilku państw. Tematami są: *„Les Gastrites"* i *„Les colites ulcereuses non-amibiennes"*. Szczegółowe programy oraz karty uczestnictwa otrzymać można u członków Komitetu Organizacyjnego na Polskę lub u sekretarza Komitetu, Dra Józefa Nusbauma, Warszawa, Marszałkowska 81 a.

Członkami powyższego Komitetu są: Prezes honorowy — prof. A. Gluziński, prezes — Dr. Br. Wejnert, wiceprezes — Dr. Wilhelm Róbin, sekretarz — Dr. Józef Nusbaum, członkowie: prof. Z. Radliński, dr. I. Grundzach, dr. Fr. Niewiadomski, dr. B. Kryński, dr. S. Frank, dr. J. Czarkowski, dr. Dolkart — z Warszawy, prof. Rencki (Lwów), prof. Januszkiewicz (Wilno), prof. Oszacki (Kraków), dr. Marzyński (Łódź), dr. Klukow (Łódź) i prof. Pelczar (Wilno).

Koledzy, którzy zechcą wziąć udział w Zjeździe, powinni wypełnić blankiet zgłoszeniowy i przesłać go wraz z należnością na ręce skrabnika Zjazdu, p. Dr. F. Evely, 239, rue Royale Sainte Marie, Bruxelles. — Jednocześnie należy zawiadomić sekretarjat warszawski (Dr. J. Nusbaum, Warszawa, Marszałkowska 81 a), podając imię i nazwisko swoje i osoby towarzyszącej oraz adres (paszporty, ulgi kolejowe i t. p.).

Różne.

Z kraju.

Polskie Linie Lotnicze „Lot" ogłosiły konkurs literackolotniczy. Konkurs ma na celu propagandę komunikacji lotniczej. Prace mają dotyczyć komunikacji lotniczej wogóle lub jednej z jej ważniejszych dziedzin.

Francja.

We Francji ruch przeciw cudzoziemcom objął lekarzy.

Włochy.

Instytucja pod nazwą Opatrzność Społeczna (Providensa Sociale) zdała sprawę ze swej działalności za rok 1933. Między innemi wydano 193 miljony lirów (około 90 miljonów złotych) na leczenie gruźlicy. Leczenie w Sanatorjach prawie zupełnie zastąpiło leczenie w domu, co wynika nietylko z ilości miejsc przeznaczonych dla chorych, ale i ze sposobów oceniania wypadków. Majątek przedstawia wartość 241 milj., który wzrośnie wskutek powiększenia liczby zabezpieczonych o wyższą sumę, 350 miljonów. W roku 1933 korzystało z pomocy 57,000 gruźliczych a od początku istnienia 210 tysięcy kosztem 600 miljonów. W roku 1933 wydano zapomogi położnicom w ilości 250 tysięcy.

Kongres Klimatologji i Hydroklimatologji odbył się w Nervi 12/13 stycznia 1935.

„Opera Nationale Balilla", stworzona dla niesienia pomocy lekarskiej dzieciom rozporządza 4200 poradniami (przed pięciu laty 235). Główne zadanie polega na zwalczaniu jaglicy i gruźlicy. W jednym semestrze wydano 850.000 recept i udzielono 1250.000 porad lekarskich.

W Medjolanie dnia 9 stycznia omawiano sprawy wzajemnych ubezpieczeń. (Mutue). Prof. Morelli, sekretarz Syndykatu Lekarskiego proponował podwyższenie składki, która we Włoszech wynosi 0,25% płacy, kiedy w Czechosłowacji dochodzi do 6%, w Polsce do 4%, w Niemczech do 7%.

Omawiano skolei sprawę wyboru lekarza, proponując między innemi powierzanie lekarzowi jednemu tylko 1000 ubezpieczonych. aby ułatwić zajmowanie się własną praktyką. Projektowano połączenie z istniejącemi Instytucjami ogólnego ubezpieczenia i t. p.

Komunikaty.

Memorjał Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sprawie t. zw. „domowych lekarzy" w Ubezpieczalni Społecznej. Polskie Tow. Medycyny Społecznej, jako organizacja lekarzy o szerokiem podłożu społeczno-lekarskiem, propagująca ideę instytucyj ubezpieczeniowych, poczuwa się do obowiązku zwrócenia uwagi odpowiednim czynnikom rządowym oraz pragnie wyjaśnić społeczeństwu, że ostatnie zarządzenia, dotyczące reorganizacji ubezpieczeń chorobowych, a w szczególności projekt skasowania lecznictwa ambulatoryjnego i wprowadzenia na jego miejsce instytucyj t. zw. „lekarzy domowych" jest niebezpiecznym eksperymentem nietylko dla zdrowia ubezpieczonych, lecz i dla zdrowia publicznego, gdyż podważa zasady współczesnego lecznictwa i nie liczy się z zasadami profilaktyki medycznej.

Ukazał się już podwójny numer czasopisma „Start" za miesiąc luty. Numer ten w całości poświęcony został najbardziej aktualnej sprawie naszego sportu, a mianowicie — przygotowaniom przedolimpijskim, jakie znajdują się w Polsce w pełnym biegu w obliczu jedenastych igrzysk olimpijskich, które odbędą się w roku 1936 w Berlinie. Jest to w zakresie naszej prasy sportowej pierwsza próba syntetycznego ujęcia pełnej akcji przygotowawczej zawodników i zawodniczek naszych do wielkiego występu na arenie olimpijskiej. Pióra najlepszych znawców poszczególnych działów sportu skreśliły w omawianym numerze nietylko obraz przygotowań, lecz jednocześnie poddały krytyce istniejący stan organizacyjny, podkreślając obok niezaprzeczonych sukcesów — liczne niedociągnięcia i braki. We wszystkich artykułach autorzy jednozgodnie stwierdzili, że sport zawodniczy nierozerwalnie łączy się nietylko z organizacją sprawną, nietylko z koniecznością poprawnych stosunków w klubach i związkach sportowych, nietylko z potrzebą pracy racjonalnej i systematycznej, lecz także z szerokim rozwojem sportów w szerokich masach społeczeństwa. Tej popularności sportu w masach domagają się — na marginesie akcji przedolimpijskiej — wybitni znawcy naszych stosunków sportowych.

Sprostowanie.

Wskutek mylnej informacji zamieszczono w kronice P. G. L. Nr. 11 wiadomość o zgonie Dr. Franciszka Kmietowicza sen., który jak się dowiadujemy z pewnego źródła cieszy się najlepszem zdrowiem. Przepraszamy niniejszem Dr. Fr. Kmietowicza i Czytelników, za tę nie z naszej winy wynikłą omyłkę. Pocieszamy się tem, że taka wiadomość uważana jest za dobry *omen* i życzymy Dr. Fr. Kmietowiczowi najdłuższego życia i długich lat tak nadal owocnej pracy.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.